

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



TESIS DOCTORAL

**Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad
psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de
burnout**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Vanesa Lara López Agrelo

Directores

**Ana Fernández-Alba Luengo
Tomás Gómez Gascón**

Madrid, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I

RASGOS, TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y COMORBILIDAD

PSIQUIÁTRICA DE PROFESIONALES SANITARIOS CON

SÍNDROME DE BURNOUT



Tesis Doctoral

Autora: **VANESA LARA LOPEZ AGRELO**

Directores: DRA. ANA FERNANDEZ-ALBA LUENGO Y DR. TOMAS GOMEZ GASCON

MADRID, 2012

A mi madre,
luz que me ha iluminado,
tutor que me ha enderezado,
muralla que me ha protegido,
palabras que me han enseñado
bastón que me ha apoyado
brazos que me han cobijado,
pañuelo que me ha consolado,
... ayer, hoy y mañana...

Gracias por tu incondicionalidad y creer siempre en mí.

AGRADECIMIENTOS

Durante la elaboración de esta Tesis Doctoral son muchos los acontecimientos que han rodeado mi vida personal y laboral, ante todo, marcados por las personas que los han protagonizado. A todos ellos, les doy las gracias, sin poder establecer diferencias “estadísticamente significativas”, es decir, igual de importantes han sido los que han recorrido todo este largo camino a mi lado, como los que se han ido incorporando y, como no, a los que no han llegado hasta la meta conmigo, aunque siempre estarán en mi recuerdo y se merecen esta mención.

La mayor enseñanza que he aprendido, durante todos estos años, es el valor de la constancia unido al esfuerzo que he depositado en cada una de estas líneas y que me han restado tanto tiempo de dedicación para la gente que quiero pero que, sin duda, a partir de este momento resarciré porque han sido, son y serán mi prioridad y motor de vida.

No es posible nombrar a todas las personas a las que tengo que agradecer su contribución en este trabajo pero tratando de simplificar destaco las siguientes:

A mis directores, Doctora Ana Fernández-Alba, por dirigirme en la línea de este trabajo y hacerme pensar y reflexionar, siempre con mucha prudencia y con amplia libertad en los cambios que realizaba. Y al Doctor Tomas Gómez Gascón, por ser el promotor de esta investigación mostrando su generosidad en el manejo de los datos y su disponibilidad absoluta.

A mi familia, por todo lo que me dais día a día. Especialmente a mi hermana Laura, la cual es capaz de hacerme sonreír con su humor inteligente, emocionarme con sus escritos y demostrarme que puede conseguir lo que quiera siempre y cuando se lo

proponga. A mis abuelos, Tomás y Marisa, por ser un ejemplo a seguir. A mis tíos, China, Adela, Tomás, Pepa y Marta por haberme cuidado y colmado de tanto cariño, transmitiéndome el valor de la familia. En especial a Antonio por ayudarme cuando le necesite y haberme encaminado al estudio de la Psicología y a Carlos por contagiarme su afán de superación. A mis primos que quiero como hermanos, Pablo, Luly, Minino, Marta, Marina, Adela, Rubén, Iván y Sofía, por ser tan genuinos y estar tan cerca de mi. A mis ahijados Ñoño, Carlos y Álvaro por darme tanta vida.

A todos mis amigos, en general, por su incondicionalidad, resaltando a Nata por darme tanto amor, a Carol por darme paz, a Sabi por darme magia y a Chispi por mandarme desde la distancia tanta energía, sois mis ángeles. A Mario y Esther por sus detalles, ayuda y cercanía, a Oscar, Jiménez y Zayas por demostrarme vuestra amistad a pesar de los años, y a Patri por ser la promotora de tantos buenos momentos.

A mis socias y amigas, Elena y Estíbaliz, por el interés que han mostrado y el tiempo invertido hablando de la Tesis así como por las correcciones realizadas tras su minuciosa lectura.

A los que ya no están a mi lado pero que, en su día, creyeron en este proyecto y se alegraron, desesperaron o ilusionaron conmigo. Y a los que se han ido incorporando a mi vida, en concreto, a Jesús por escucharme y tratar de entender la investigación, por facilitarme momentos de concentración con su calma, tranquilidad y cuidados, por su involucración en el diseño y maquetación de este trabajo, en definitiva, gracias por hacerme sentir que puedo contar contigo.

Y, por último, a mis cinco grandes cómplices de cuatro patas que me han acompañado durante todos estos años de trabajo, por su fidelidad en todo momento. A Eros y Yambo por ayudarme a desconectar en los paseos y ser capaces de llenar las ausencias.

INDICE GENERAL

• Justificación de la Investigación.....	1
• Introducción.....	11

MARCO TEORICO

Capítulo 1: Definición conceptual y Dimensiones del Síndrome de Burnout como respuesta al Estrés Laboral.

1.1. Introducción.....	31
1.2. Delimitación conceptual del Síndrome de Burnout: Denominaciones, definiciones y diferenciación de otros constructos.....	33
1.2.1. Denominaciones del Síndrome de Burnout.....	33
1.2.2. Evolución de la definición del término Burnout.....	35
1.2.3. Diferenciación del Síndrome de Burnout de otros constructos.....	42
1.3. Síndrome de Burnout como respuesta al Estrés Laboral.....	46
1.3.1. Diferenciación entre Síndrome de Burnout y Estrés Laboral.....	46
1.3.2. El Síndrome de Burnout en el marco contextualizador del Estrés Laboral.....	49
1.4. Fases y desarrollo evolutivo de las dimensiones del Síndrome de Burnout:	
Planteamientos teóricos.....	53
1.4.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	57
1.4.2. Leiter y Maslach (1988).....	58
1.4.3. Leiter (1993).....	60
1.4.4. Lee y Ashforth (1993a).....	61
1.4.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).....	61

Capítulo 2: Modelos interpretativos del Síndrome de Burnout.

2.1. Introducción.....	69
2.2. Modelos elaborados desde la Teoría Sociocognitiva del Yo.....	71
2.2.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).....	73
2.2.2. Modelo de Pines (1993).....	74
2.2.3. Modelo Explicativo de Cherniss (1993).....	75
2.2.4. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).....	78

2.3. Modelos elaborados desde las Teorías del Intercambio Social.....	80
2.3.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).....	81
2.3.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy (1993).....	84
2.4. Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional.....	85
2.4.1. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	86
2.4.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).....	88
2.4.3. Modelo de Winnubst (1993).....	90
2.5. Enfoque Transaccional.....	92
2.5.1. La perspectiva de Gil-Monte y Peiró (1999).....	93

Capítulo 3: Desencadenantes del Síndrome de Burnout.

3.1. Introducción.....	99
3.2. Ambiente físico de trabajo y contenidos del trabajo como fuente de Estrés Laboral.....	105
3.2.1. Ambiente físico del lugar de trabajo.....	105
3.2.2. Características del puesto de trabajo: Demandas y contenidos.....	107
3.2.2.1. Demandas estresantes del puesto del trabajo.....	107
3.2.2.2. Contenidos del puesto del trabajo.....	110
3.3. Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.....	112
3.3.1. Desempeño de roles.....	113
3.3.1.1. Estrés de rol.....	113
3.3.1.2. Categoría Profesional.....	115
3.3.2. Relaciones interpersonales.....	120
3.3.3. Desarrollo de la carrera y posibilidad de promoción.....	122
3.4. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.....	123
3.4.1. Nuevas tecnologías.....	123
3.4.2. Aspectos organizacionales.....	124
3.4.2.1. Dimensiones estructurales de la organización.....	124
3.4.2.2. Clima organizacional.....	125
3.5. Calidad de Vida Laboral.....	128
3.6. Evaluación de los Desencadenantes mediante el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, y el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35).....	134
3.6.1. Variables del Puesto y Centro de Trabajo.....	134
3.6.2. Variables de la Calidad de Vida Profesional.....	134

Capítulo 4: Facilitadores del Síndrome de Burnout.

4.1. Introducción.....	141
4.2. Variables Sociodemográficas.....	143
4.2.1. Sexo.....	143
4.2.2. Edad.....	145
4.2.3. Estado civil.....	146
4.2.4. Número de hijos.....	147
4.2.5. Antigüedad en el puesto de trabajo y en la profesión.....	149
4.2.6. Baja laboral.....	149
4.3. Variables de Personalidad.....	150
4.3.1. Rasgos de Personalidad.....	151
4.3.2. Personalidad Tipo A.....	154
4.3.3. Personalidad Resistente.....	155
4.3.4. Locus de control y Estilos de atribución.....	156
4.3.5. Variables de personalidad del “self”: Autoconfianza, autoestima y autoeficacia.....	158
4.3.5.1. Autoconciencia y Autoconfianza.....	158
4.3.5.2. Autoestima y Autoconcepto.....	160
4.3.5.3. Autoeficacia.....	164
4.4. Estrategias de Afrontamiento.....	165
4.5. Apoyo social en el trabajo.....	168
4.6. Evaluación de los Facilitadores mediante el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).....	168
4.6.1. Variables Sociodemográficas.....	168
4.6.2. Variables de Personalidad.....	169

Capítulo 5: Diagnóstico y Aspectos Legales del Síndrome de Burnout.

5.1. Introducción.....	185
5.2. Definiciones operativas y Diagnóstico diferencial del Síndrome de Burnout.....	187
5.3. Aspectos legales del Síndrome de Burnout.....	189
5.4. Revisión de sentencias del Síndrome de Burnout.....	198
5.4.1. Sentencias en las que se consideran las consecuencias del Síndrome de Burnout.....	198
5.4.2. Sentencias en las que se explican porqué no se puede considerar el Síndrome de Burnout.....	203

MARCO EMPIRICO

Capítulo 6: Objetivos e hipótesis.

6.1. Introducción.....	213
6.2. Objetivos de la Investigación.....	213
6.3. Hipótesis de la Investigación.....	216

Capítulo 7: Método.

7.1. Participantes.....	223
7.2.. Diseño de la Investigación.....	224
7.3. Descripción de los Instrumentos.....	225
7.3.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	226
7.3.2. Inventario Burnout de Maslach (MBI).....	226
7.3.3. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35).....	231
7.3.4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).....	235
7.4. Procedimiento.....	243

Capítulo 8: Resultados I. Dimensiones del Síndrome de Burnout.

8.1. Introducción.....	251
8.2. Análisis Descriptivo de las Dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout (MBI).....	252
8.2.1. Análisis de los ítems del MBI.....	252
Cansancio Emocional.....	254
Despersonalización.....	257
Realización Personal en el trabajo.....	259
8.2.2. Análisis de la distribución muestral de las Dimensiones del Síndrome de Burnout.....	262
8.3. Análisis Correlacional de las Dimensiones del Síndrome de Burnout.....	265

Capítulo 9: Resultados II. Desencadenantes del Síndrome de Burnout. Variables Laborales.

9.1. Introducción.....	271
9.2. Descripción de las Variables del Puesto y Centro de trabajo.....	272
9.3. Síndrome de Burnout y Variables del Puesto y Centro de trabajo.....	277
9.3.1. Categoría profesional.....	278
9.3.2. Modelo de trabajo.....	283
9.3.3. Situación laboral.....	284
9.3.4. Turno de trabajo.....	286
9.3.5. Cargo directivo.....	289
9.3.6. Presión asistencial.....	291
9.3.7. Ubicación del centro de trabajo.....	296
9.3.8. Número de unidades en el centro.....	298
9.4. Análisis de la Calidad de Vida Profesional (CVP-35).....	301
9.4.1. Análisis Descriptivo de las Dimensiones de Calidad de Vida Profesional.....	302
9.4.1.1. Análisis de los Ítems del CVP-35.....	302
Apoyo directivo.....	305
Cargas de trabajo.....	306
Motivación Intrínseca.....	308
9.4.1.2. Análisis de la distribución muestral de las Dimensiones de Calidad de Vida Profesional.....	310
9.4.2. Análisis Correlacional de las Dimensiones de Calidad de Vida Profesional.....	313
9.5. Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional.....	314

Capítulo 10: Resultados III. Facilitadores del Síndrome de Burnout. Variables Personales.

10.1. Introducción.....	321
10.2. Descripción de las Variables Sociodemográficas.....	322
10.3. Síndrome de Burnout y Variables Sociodemográficas.....	323
10.3.1. Sexo.....	324
10.3.2. Edad.....	326
10.3.3. Estado civil	329
10.3.4. Número de hijos.....	332
10.3.5. Años trabajados.....	334
10.3.5.1. En el INSALUD.....	334
10.3.5.2. En el Área 11.....	336
10.3.5.3. En la misma plaza	338
10.3.6. Baja laboral.....	341

10.4. Análisis Descriptivo y Correlacional de la Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica.....	342
10.4.1. Rasgos y Trastornos de personalidad.....	344
10.4.2. Síndromes Clínicos.....	349
10.4.3. Relación entre Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica	353
10. 5. Síndrome de Burnout y Personalidad (Rasgos y Trastornos).....	355
10.6. Síndrome de Burnout y Comorbilidad psiquiátrica (Síndromes Clínicos).....	356

Capítulo 11: Conclusiones y Discusión.

11.1. Conclusiones y discusión: Objetivos generales y específicos en relación a las Dimensiones, Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Burnout.....	363
11.2. Conclusiones y discusión: Contrastación de las Hipótesis de trabajo.....	416

Capítulo 12: Reflexiones críticas y Propuesta Diagnóstica sobre el Síndrome de Burnout.

12.1. Reflexiones Críticas.....	431
12.1.1. En relación a la denominación: Síndrome de Burnout.....	433
12.1.2. En relación al instrumento de medida del Síndrome de Burnout: MBI.....	436
12.2. Propuesta Diagnóstica.....	438
12.3. Conclusiones Finales.....	441
12.3.1. En relación al Diagnóstico.....	441
12.3.2. En relación al Tratamiento.....	442

• Referencias Bibliográficas.....	449
-----------------------------------	-----

• Anexos

Anexo I: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	511
Anexo II: Carta a los sujetos seleccionados en la Fase II para cumplimentar el MCMI-II.....	515

INDICE DE TABLAS

Capítulo 1

Tabla 1.1. Denominaciones Burnout Syndrome.....	34
Tabla 1.2. Limitaciones de las perspectivas en el desarrollo del proceso del Síndrome de Burnout.....	56
Tabla 1.3. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	58

Capítulo 2

Tabla 2.1. Modelos interpretativos del Síndrome de Burnout.....	71
Tabla 2.2. Variables determinantes en los modelos elaborados desde la Teoría Sociocognitiva del Yo.....	72
Tabla 2.3. Variables determinantes en los modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	81
Tabla 2.4. Variables determinantes en los modelos elaborados desde la Teoría Organizacional.....	86

Capítulo 3

Tabla 3.1. Clasificaciones de los estresores laborales.....	100
Tabla 3.2. Prevalencia del Síndrome de Burnout en función de la Categoría Profesional.....	117
Tabla 3.3. Tipologías de las definiciones de Calidad de Vida Laboral.....	130
Tabla 3.4. Definiciones de la Calidad de Vida Laboral desde una naturaleza procesual.....	130
Tabla 3.5. Evaluación de los Desencadenantes del Síndrome de Burnout mediante el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35).....	135

Capítulo 4

Tabla 4.1. Patrón de personalidad normal-anormal.....	174
Tabla 4.2. Patrones de personalidad normal.....	176
Tabla 4.3. Trastornos moderadamente graves de la personalidad.....	176
Tabla 4.4. Listado multidimensional de criterios para los patrones de personalidad normal.....	178
Tabla 4.5. Desde la personalidad al trastorno de personalidad.....	179
Tabla 4.6. Listado multidimensional de criterios para trastornos de personalidad.....	179

Capítulo 5

Tabla 5.1. Criterios diagnósticos para el Trastorno Adaptativo del DSM-IV (APA, 1994).....	188
Tabla 5.2. Artículo 4 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.....	191
Tabla 5.3. Artículo 15 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.....	192
Tabla 5.4. Artículo 115. Definición de accidente de trabajo.....	194
Tabla 5.5. Clasificación de la Lista de Enfermedades Profesionales.....	196

Capítulo 7

Tabla 7.1. Variables Independientes e Instrumentos de medida.....	225
Tabla 7.2. Aplicación del MBI en diferentes países.....	228
Tabla 7.3. Aplicación del MBI en diferentes profesiones.....	229
Tabla 7. 4. Puntos de corte de las dimensiones del MBI en el sector sanitario.....	231
Tabla 7.5. Cuestionario CVP-35: Demandas y recursos.....	232
Tabla 7.6. Escalas de Validez, Personalidad y Síndromes Clínicos evaluados en el MCMI-II.....	237
Tabla 7.7. Definición de las Escalas Básicas de Personalidad (MCMI-II).....	240
Tabla 7.8. Definición de los Trastornos de Personalidad (MCMI-II).....	241
Tabla 7.9. Definición de los Síndromes Clínicos de gravedad MODERADA (MCMI-II).....	242
Tabla 7.10. Definición de los Síndromes Clínicos de gravedad SEVERA (MCMI-II).....	242

Capítulo 8

Tabla 8.1. Ítems que configuran cada una de las dimensiones del MBI.....	252
Tabla 8.2. Descriptivos de los ítems de las dimensiones del MBI.....	253
Tabla 8.3. Distribución porcentual de las respuestas en Cansancio Emocional (N=148).....	255
Tabla 8.4. Distribución porcentual de las respuestas en Despersonalización (N=148).....	258
Tabla 8.5. Distribución porcentual de las respuestas en Realización Personal (N=148).....	260
Tabla 8.6. Puntos de corte de las dimensiones del MBI en el sector sanitario.....	262
Tabla 8.7. Estadísticos Descriptivos. Dimensiones del Síndrome de Burnout. MBI.....	263
Tabla 8.8. Porcentajes de los niveles de intensidad de las dimensiones del Síndrome de Burnout. MBI.....	263
Tabla 8.9. Correlaciones entre las dimensiones del Síndrome de Burnout. MBI (N=148).....	266

Capítulo 9

Tabla 9.1. Instrumentos de medida empleados en la recogida de las Variables Laborales (Desencadenantes).....	271
Tabla 9.2. Porcentajes: Variables Laborables.....	273
Tabla 9.3. Características de los Centros.....	275
Tabla 9.4. Recodificación de las Variables Laborales descriptivas para su análisis con las dimensiones del Síndrome de Burnout.....	277
Tabla 9.5. Resultados del ANOVA y Descriptivos: Categoría Profesional-Dimensiones MBI.....	278
Tabla 9.6. Frecuencias: Categoría Profesional-Dimensiones MBI.....	281
Tabla 9.7. Descriptivos y Frecuencias del modelo de trabajo: Equipo AP-Dimensiones MBI.....	283
Tabla 9.8. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Situación Laboral-Dimensiones MBI.....	284
Tabla 9.9. Frecuencias: Situación Laboral-Dimensiones MBI.....	285
Tabla 9.10. Resultados de la Prueba t y descriptivos: Turno de Trabajo-Dimensiones MBI.....	287
Tabla 9.11. Frecuencias: Turno de trabajo-Dimensiones MBI.....	288
Tabla 9.12. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Cargo Directivo-Dimensiones MBI.....	289
Tabla 9.13. Frecuencias: Cargo Directivo-Dimensiones MBI.....	290

Tabla 9.14. Resultados del ANOVA y Descriptivos: Presión Asistencial-Dimensiones MBI.....	292
Tabla 9.15. Frecuencias: Presión Asistencial-Dimensiones MBI.....	294
Tabla 9.16. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Ubicación centro-Dimensiones MBI.....	296
Tabla 9.17. Frecuencias: Ubicación del centro-Dimensiones MBI.....	297
Tabla 9.18. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: N° de Unidades-Dimensiones MBI.....	299
Tabla 9.19. Frecuencias: Número de Unidades-Dimensiones MBI.....	300
Tabla 9.20. Ítems que configuran cada una de las dimensiones globales del CVP-35.....	302
Tabla 9.21. Descriptivos de los ítems de las dimensiones del CVP-35.....	304
Tabla 9.22. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Apoyo Directivo.....	305
Tabla 9.23. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Cargas de Trabajo.....	307
Tabla 9.24. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Motivación Intrínseca.....	309
Tabla 9.25. Estadísticos Descriptivos. Dimensiones del CVP-35.....	310
Tabla 9.26. Grado de intensidad de las dimensiones del CVP-35.....	310
Tabla 9.27. Correlaciones entre las dimensiones del CVP-35 (N=148).....	313
Tabla 9.28. Correlaciones entre las dimensiones del CVP-35 y los ítems 15 y 34 (N=148).....	314
Tabla 9.29. Correlación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional (N=148).....	315
Tabla 9.30. Correlación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con la Calidad de Vida Profesional y la Capacidad de Desconectar (N=148).....	315

Capítulo 10

Tabla 10.1. Instrumentos de medida empleados en la recogida de las Variables Personales (Facilitadores).....	321
Tabla 10.2. Descriptivos Demográficos: Edad y Número de hijos.....	322
Tabla 10.3. Porcentajes Demográficos: Sexo y Estado Civil.....	322
Tabla 10.4. Descriptivos años trabajados: INSALUD, Área 11 y misma plaza.....	323
Tabla 10.5. Recodificación de las Variables Personales descriptivas para su análisis con las dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI).....	324
Tabla 10.6. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Sexo-Dimensiones MBI.....	325
Tabla 10.7. Frecuencias: Sexo-Dimensiones MBI.....	326
Tabla 10.8. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Edad-Dimensiones MBI.....	327
Tabla 10.9. Frecuencias: Edad-Dimensiones MBI.....	328
Tabla 10.10. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Pareja-Dimensiones MBI.....	330
Tabla 10.11. Frecuencias: Pareja-Dimensiones MBI.....	331
Tabla 10.12. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Hijos-Dimensiones MBI.....	332
Tabla 10.13. Frecuencias: Hijos-Dimensiones MBI.....	333
Tabla 10.14. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Años trabajados INSALUD-Dimensiones MBI.....	334
Tabla 10.15. Frecuencias: Años trabajados INSALUD-Dimensiones MBI.....	335
Tabla 10.16. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Años trabajados Área 11-Dimensiones MBI.....	337
Tabla 10.17. Frecuencias: Años trabajados Área 11-Dimensiones MBI.....	338

Tabla 10.18. Resultados de la Prueba t y Descriptivos:	
Años trabajados Misma Plaza-Dimensiones MBI.....	339
Tabla 10.19. Frecuencias: Años trabajados Misma Plaza-Dimensiones MBI.....	340
Tabla 10.20. Descriptivos: Baja laboral-Dimensiones MBI.....	341
Tabla 10.21. Frecuencias: Baja Laboral-Dimensiones MBI.....	342
Tabla 10.22. Interpretación de los Índices de validez y Estilo de Respuesta (MCMI-II).....	343
Tabla 10.23. Frecuencias: Estilos de Respuesta del MCMI-II.....	343
Tabla 10.24. Nivel de significación de los Rasgos y Trastornos de Personalidad (MCMI-II).....	344
Tabla 10.25. Análisis Correlacional entre los Rasgos de Personalidad (MCMI-II) (N=148).....	347
Tabla 10.26. Análisis Correlacional entre los Trastornos de Personalidad (MCMI-II) (N=148).....	348
Tabla 10.27. Análisis Correlacional entre los Trastornos y Rasgos de Personalidad (MCMI-II).....	349
Tabla 10.28. Nivel de significación de los Síndromes Clínicos de gravedad Moderada y Severa (MCMI-II) (N=148).....	350
Tabla 10.29. Análisis Correlacional entre los Síndromes Clínicos (MCMI-II) (N=148).....	352
Tabla 10.30. Análisis Correlacional entre Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica (MCMI-II) (N=148).....	354
Tabla 10.31. Análisis Correlacional entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Rasgos de Personalidad (N=148).....	355
Tabla 10.32. Análisis Correlacional entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Trastornos de Personalidad (N=148).....	356
Tabla 10.33. Análisis Correlacional entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Síndromes Clínicos (N=148).....	357

Capítulo 11

Tabla 11.1. Ítems que presentan los promedios más altos en el MBI.....	364
Tabla 11.2. Ítems que presentan los promedios más bajos en el MBI.....	364
Tabla 11.3. Comparación de puntuaciones medias en las dimensiones del MBI: Estudios nacionales y extranjeros.....	368
Tabla 11.4. Comparación de porcentajes en las dimensiones del MBI.....	369
Tabla 11.5. Comparación de las medias de los ítems del CVP-35.....	394
Tabla 11.6. Comparación de los porcentajes de las dimensiones del CVP-35.....	397

Capítulo 12

Tabla 12.1. Fortalezas y debilidades del MBI.....	436
Tabla 12.2. Ejes de la clasificación multiaxial (DSM-IV).....	439

INDICE DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1.1. Modelo del Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan sobre el entorno social y la salud mental (French y Kahn, 1962).....	49
Figura 1.2. Modelo para integrar el Síndrome de Burnout dentro del proceso de Estrés Laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997).....	51
Figura 1.3. Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	57
Figura 1.4. Fases de Leiter y Maslach (1988).....	59
Figura 1.5. Reformulación de la perspectiva de Leiter y Maslach, 1988 (Leiter, 1993).....	60
Figura 1.6. Fases de Lee y Ashforth (1993b).....	61
Figura 1.7. Perspectiva de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).....	62
Figura 1.8. Fases de Gil-Monte (2005 y 2007).....	62

Capítulo 2

Figura 2.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).....	74
Figura 2.2. Modelo Explicativo de Cherniss (1993).....	77
Figura 2.3. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).....	79
Figura 2.4. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).....	82
Figura 2.5. Adaptación del Modelo Transaccional de Cox, Kuk y Leiter (1993).....	89
Figura 2.6. Modelo de Winnubst (1993).....	91

Capítulo 3

Figura 3.1. Desencadenantes del Síndrome de Burnout.....	102
--	-----

Capítulo 4

Figura 4.1. Facilitadores del Síndrome de Burnout.....	142
Figura 4.2. Desarrollo del temperamento, carácter y personalidad.....	170

Capítulo 7

Figura 7.1. Evaluación, detección y selección de los participantes.....	223
Figura 7.2. Fases del procedimiento.....	246

Capítulo 8

Figura 8.1. Presentación de los resultados de las dimensiones del Síndrome de Burnout evaluadas mediante el MBI.....	251
Figura 8.2. Porcentajes de respuesta en el ítem 8: “Me siento “quemado” por mi trabajo”	256

Figura 8.3. Porcentajes de respuesta en el ítem 1: “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”.....	256
Figura 8.4. Porcentajes de respuesta en el ítem 10: “Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión”.....	258
Figura 8.5. Porcentajes de respuesta en el ítem 11: “Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente”.....	259
Figura 8.6. Porcentajes de respuesta en el ítem 21: “En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma”.....	261
Figura 8.7. Porcentajes de respuesta en el ítem 19: “He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión”.....	261
Figura 8.8. Representación de las dimensiones del MBI en los niveles: bajo, medio y alto.....	264
Figura 8.9. Distribución muestral desde los niveles altos de las dimensiones del Síndrome de Burnout.....	265

Capítulo 9

Figura 9.1. Distribución de la variable Categoría Profesional.....	272
Figura 9.2. Distribución del Modelo de trabajo.....	274
Figura 9.3. Distribución de la Situación laboral.....	274
Figura 9.4. Distribución del Turno de trabajo.....	274
Figura 9.5. Distribución del Cargo directivo.....	274
Figura 9.6. Distribución de la participación de los centros de salud.....	276
Figura 9.7. Categoría Profesional: Medias de las dimensiones del MBI.....	280
Figura 9.8. Distribución de la Categoría Profesional en las dimensiones del MBI: Intensidad.....	282
Figura 9.9. Situación Laboral: Medias de las dimensiones del MBI.....	285
Figura 9.10. Distribución de la Situación Laboral en las dimensiones del MBI: Intensidad.....	286
Figura 9.11. Turno de trabajo: Medias de las dimensiones del MBI.....	287
Figura 9.12. Distribución del Turno de trabajo en las dimensiones del MBI: Intensidad.....	288
Figura 9.13. Cargo Directivo: Medias de las dimensiones del MBI.....	290
Figura 9.14. Distribución del Cargo Directivo en las dimensiones del MBI: Intensidad.....	291
Figura 9.15. Presión Asistencial: Medias de las dimensiones del MBI.....	293
Figura 9.16. Distribución de la Presión Asistencial en las dimensiones del MBI: Intensidad.....	295
Figura 9.17. Ubicación del centro: Medias de las dimensiones del MBI.....	297
Figura 9.18. Distribución de la Ubicación del centro en las dimensiones del MBI: Intensidad.....	298
Figura 9.19. Número de Unidades: Medias de las dimensiones del MBI.....	299
Figura 9.20. Distribución del Número de Unidades en las dimensiones del MBI: Intensidad.....	300
Figura 9.21. Presentación de los resultados de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional evaluadas en el CVP-35.....	301
Figura 9.22. Porcentajes de respuesta en el ítem 11: “Apoyo de mis compañeros”.....	306
Figura 9.23. Porcentajes de respuesta en el ítem 1: “Cantidad de trabajo que tengo”.....	308
Figura 9.24. Porcentajes de respuesta en el ítem 29: “Mi trabajo es importante para la vida de otras personas”.....	309
Figura 9.25. Distribución de los valores de las dimensiones del CVP-35: Apoyo Directivo, Cargas de Trabajo y Motivación Intrínseca.....	311

Figura 9.26. Porcentajes de respuesta en el ítem 34: "Calidad de vida de mi trabajo".....	312
Figura 9.27. Porcentajes de respuesta en el ítem 15: "Desconecto al acabar la jornada laboral".....	312

Capítulo 10

Figura 10.1. Distribución muestral en función de la variable Sexo.....	322
Figura 10.2. Sexo: Medias de las dimensiones del MBI.....	325
Figura 10.3. Distribución del Sexo en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.....	326
Figura 10.4. Distribución muestral en función de la Edad.....	327
Figura 10.5. Edad: Medias de las dimensiones del MBI.....	328
Figura 10.6. Distribución de la Edad en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.....	329
Figura 10.7. Pareja: Medias de las dimensiones del MBI.....	330
Figura 10.8. Distribución de Pareja (con/sin) en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.....	331
Figura 10.9. Hijos: Medias de las dimensiones del MBI.....	332
Figura 10.10. Distribución de Hijos (con/sin) en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.....	333
Figura 10.11. Años trabajados INSALUD: Medias de las dimensiones del MBI.....	335
Figura 10.12. Distribución de años trabajados en el INSALUD en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.....	336
Figura 10.13. Años trabajados en el Área 11: Medias de las dimensiones del MBI.....	337
Figura 10.14. Distribución de años trabajados en el Área 11 en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.....	338
Figura 10.15. Años trabajados en la Misma Plaza: Medias de las dimensiones del MBI.....	339
Figura 10.16. Distribución de años trabajados en la Misma Plaza en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.....	340
Figura 10.17. Distribución de la significación de los Rasgos de Personalidad del MCMI-II.....	345
Figura 10.18. Distribución de la significación de los Trastornos de Personalidad del MCMI-II.....	346
Figura 10.19. Distribución de los Síndromes Clínicos significativos del MCMI-II.....	350

Capítulo 11

Figura 11.1. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con la oportunidad para desarrollar las habilidades en el puesto de trabajo.....	383
Figura 11.2. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con la planificación o desarrollo profesional.....	384
Figura 11.3. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con la presión asistencial (cuantitativa y cualitativa).....	388
Figura 11.4. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con las relaciones interpersonales.....	390
Figura 11.5. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con el estrés de rol.....	392
Figura 11.6. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con el sistema familiar.....	407

"No hay deber que descuidemos tanto como el deber de ser felices".

(Robert Louis Stevenson)

JUSTIFICACIÓN de la Investigación

El trabajo desarrollado en esta Tesis Doctoral, parte de un proyecto más amplio, financiado por el Fondo de Investigación Sanitario (FIS) titulado: *“Efectividad de dos intervenciones dirigidas al manejo del estrés en profesionales de Atención Primaria con Burnout”*, al que accedí mediante una beca gestionada por la Agencia Lain Entralgo con una duración de 3 años (2005-2008).

Los objetivos generales se centraban en estudiar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Área 11 de la Comunidad de Madrid a fin de evaluar, posteriormente, la efectividad de dos técnicas de relajación (Cognitiva-Conductual *versus* Sofrología) en las que se entrenaba a los sujetos seleccionados con un nivel moderado-severo de dicho Síndrome.

Este proyecto respondía a un interés generalizado a consecuencia de las crecientes demandas sociales, organizacionales y emocionales que afectan al desarrollo de la profesión sanitaria y que forman parte de la etiología del Síndrome de Burnout (Atance, 1997; Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001; Cabezas, 1998; Cebrià, 2003; De las Cuevas, 1994; De la Fuente y De la Fuente, 1997; De la Fuente, De la Fuente y Trujillo, 1997; García-Izquierdo, Llor y Sáez, 1994; Gil-Monte y Peiró, 1997; Grau, Suñer y García, 2005; Mingote, 1998).

En un primer momento, desde mi posición de becaria me tuve que familiarizar con el término Síndrome de Burnout y a medida que trataba de conocerlo e iba accediendo a la multitud de estudios centrados en él, la sensación que me invadía se puede resumir en una sola palabra: ambigüedad. Desde el año y autor que lo acuñó, hasta su denominación, definición, variables que lo desencadenan o facilitan, entre otras, sin encontrar consenso. Ciertamente, existe un reconocimiento generalizado en las tres dimensiones que lo configuran (Cansancio Emocional, Despersonalización y

Realización Personal en el trabajo) pero tampoco existe acuerdo ni en la denominación ni en la evolución de las mismas.

En este sentido, resulta lógico defender que el establecimiento de cualquier enfermedad o trastorno mental que se diagnostica clínicamente mantiene unos parámetros en su inicio, gestación y evolución para poder identificarlo y prevenirlo, así como para intervenir desarrollando estrategias adecuadas pero, en el caso del Síndrome de Burnout, parece que no era posible. Por tanto, desde mi posición de Psicóloga Clínica, me dispuse a diagnosticarlo, sorprendiéndome que ni en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) ni en la décima Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), se considerara el Síndrome de Burnout como una patología con entidad propia.

Sin embargo, desde mi posición de especialista como Psicóloga Forense, realice una búsqueda a nivel legal, encontrando diferentes sentencias en las que sí se reconocía el Síndrome de Burnout como accidente laboral. Por tanto, mi interés profesional, se acrecentó puesto que *¿Cómo se puede reconocer a nivel legal un Síndrome que no se contempla en los manuales científicos?*

Junto a esta paradoja entre la Psicología y el Derecho, mi interés se consolidó ante el resultado alarmante del índice de prevalencia obtenido en la Investigación (primer objetivo del Proyecto), es decir, el 86,2% de los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid padecían niveles moderados o severos de Síndrome de Burnout. Estas cifras tan elevadas se encontraban en la línea de las que habían sido referenciadas en prensa, donde se difundía que entre el 71% y el 90% de los médicos de familia padecen Síndrome de Burnout (La voz de Galicia, 2004*) o el 70% de los

* El 80% de los médicos de familia han estado hartos de sus pacientes.

trabajadores sanitarios de Castilla-La Mancha (Europa Press, 2002*), señalando recientemente en otras noticias, la elevada sobrecarga laboral como posible causa del Síndrome (Europa Press, 2011†) e incluso, vinculando al Síndrome como el origen de una conducta de asesinato perpetrado por un cuidador infantil (Europa Press, 2011‡).

Sin embargo, otros estudios en relación a la prevalencia del Síndrome de Burnout habían aplicado criterios más rigurosos y corregido dichas cifras a la baja, ofreciendo porcentajes más realistas aunque variaban de unos a otros. Dentro del campo de la salud, y concretamente en España, se encuentran unos índices de prevalencia de Síndrome de Burnout en muestras de trabajadores sanitarios del 41,6% (Fernández, 1992), 43,9% (Caballero y cols., 2001), 30% (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004) mientras que otros resultados más moderados sitúan su prevalencia en 11,4% (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009).

No obstante, las cifras son lo suficientemente relevantes como para que se haya considerado una amenaza para la salud pública de la población, teniendo en cuenta que el principio de que *“las personas son el principal activo de las organizaciones”* se cumple de forma especial en el caso de las organizaciones sanitarias. Tanto es así que la calidad de los servicios prestados por estas organizaciones se relaciona directamente con la satisfacción de los profesionales que las integran (Varo, 1995).

En este sentido, la satisfacción laboral fue objeto de estudio desde la Psicología de las Organizaciones por su efecto en otras variables como el rendimiento o el absentismo (Cabezas, 2000), mientras que desde una perspectiva más centrada en la Calidad de Vida Laboral, se ha revelado como una dimensión valiosa en sí misma y un objetivo de la intervención organizacional (Meliá y Peiro, 1989)

* El 70% de los trabajadores sanitarios de Castilla La Mancha sufren el síndrome de “burnout”, según una encuesta de CCOO.

† El 30% de los médicos sufre el síndrome de “burnout” o síndrome del “quemado”, según indica la presidente del sector de Atención Especializada de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), que asegura que esta situación se debe a la “elevada sobrecarga laboral”.

‡ El síndrome del cuidador “quemado” posible origen de la tragedia de Boecillo.

Por tanto, la satisfacción laboral o la Calidad de Vida de los trabajadores es un objetivo de las organizaciones en general, y de las sanitarias en particular, imprescindible para garantizar el mantenimiento de la inversión en el capital humano y, por ende, la mejor calidad de los servicios prestados (Newman y Maylor, 2002), por lo que debe ser medida y supervisada. En nuestro Sistema de Salud, así lo han hecho varios grupos de trabajo, tanto en el ámbito de la atención especializada como de la Atención Primaria (Acámer, López y López-Torres, 1997; Alonso, Iglesias y Franco, 2002; Olivar, González y Martínez, 1999).

El concepto de Calidad de Vida Profesional es entendido como la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe la persona entre las demandas o cargas de un trabajo profesional intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que dispone para afrontar esas demandas, de forma que se consiga como meta vital, un desarrollo óptimo de la esfera personal, familiar, social y laboral (Cabezas, 1998), describiéndose una relación inversa con el Síndrome de Burnout. Ante esto, surge a modo de pregunta el objetivo inicial de esta Investigación: *¿Por qué ante las mismas condiciones laborales solo algunas personas desarrollan el Síndrome de Burnout?, ¿Tendrán las personas que se encuentran “quemadas” algún rasgo de personalidad característico o cuadro sintomático psicopatológico que influya en su percepción?* e incluso, *¿Si las condiciones laborales no cambiarán, se podría hacer algo a nivel personal?*

Siguiendo esta línea de estudio resultan frecuentes las investigaciones que señalan el papel modulador de las Variables Personales como Facilitadores del Síndrome de Burnout, destacando dos tipos de propuestas: por un lado, invitan a identificar aquellas características personales que hacen más vulnerables a las personas ante determinadas situaciones estresantes, llegándose a considerar la personalidad del trabajador una de las variables más determinantes en la percepción de estrés o satisfacción laboral (Hadley y Mitchell, 2002; Williams y Skinner, 2003) y, por otro lado,

plantean estudiar las relaciones entre trastornos mentales y Síndrome de Burnout, así como entre ésta y otras enfermedades (Cebriá 2003), puesto que los profesionales de la salud no están exentos de padecer trastornos físicos y psicológicos e incluso se han indicado tasas de alcoholismo, adicción a drogas, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio superiores a las de la población general (Mingote y Pérez, 1999; Pilowski y O'Sullivan, 1989).

De ahí que el primer interés de esta Tesis se centrara en estudiar cómo son (Personalidad) y cómo se encuentran (Comorbilidad Psiquiátrica) los profesionales sanitarios que presentan Síndrome de Burnout, siendo una limitación conocer la secuencia causa-efecto entre la psicopatología y las consecuencias psicológicas del Síndrome al no poderse establecer el aspecto temporal del origen y/o desarrollo de los síndromes clínicos presentes en la muestra de estudio. Sin embargo, en relación a la Personalidad no se da tal limitación asociada a la causalidad, puesto que se entiende que la personalidad tiende a ser estable y consistente una vez que se ha consolidado (Millon, 1969/1976), por lo que el análisis de dicha variable, en una muestra que a priori presenta el Síndrome, tiene como finalidad establecer si existe algún rasgo característico entre dichos profesionales.

No obstante, en el polo opuesto, se encuentran otra serie de estudios que sitúan el foco prioritario en los aspectos puramente laborales de las organizaciones (Variables del Puesto y Centro de trabajo) como Desencadenantes del Síndrome de Burnout, considerando que haberme centrado únicamente en las Variables Personales (como en un principio pensé) no me hubiera aportado una visión holística del Síndrome.

Por tanto, surge como un nuevo objetivo, estudiar y analizar de manera paralela las Variables Laborales relacionadas con el Síndrome de Burnout, a fin de reunir todas las piezas del puzzle para poder reflexionar, discutir y concluir por qué, a día de hoy, a pesar de todas las investigaciones realizadas, no existe un consenso global para

explicar su génesis y mantenimiento, cuestión extremadamente relevante para establecer las medidas preventivas apropiadas (De la Gándara, 2002), preguntándome *¿Es posible hablar de Síndrome de Burnout?* y cuestionar las ganancias o pérdidas de su divulgación. Esta misma inquietud ya ha sido plasmada por otros autores con diferentes planteamientos *¿Se puede hablar de un “síndrome de desgaste profesional”?* (Cabezas, 1998) o *¿Por qué hablamos de burnout, o de “profesionales quemados”, y no de “trastornos psicopatológicos de los profesionales?”* (Tizón, 2004).

En conclusión, este trabajo pretende estudiar y analizar los Desencadenantes y Facilitadores en profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout, hipotetizando que la relación existente entre las Variables Laborales y Personales estudiadas adquirirán un mayor peso sobre sus dimensiones, así como describir su percepción de la Calidad de Vida Profesional junto a su estructura de Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica, cuando el Síndrome ya está instaurado.

Independientemente de los objetivos e hipótesis propuestos, esta Tesis surge porque he podido palpar, incluso sentir las emociones de una gran mayoría de los integrantes que forman parte de lo que denominamos muestra, los cuales son ante todo personas, antes que profesionales, y que me han permitido evaluar e incluso medir el dolor, el sufrimiento, la desesperación, o mejor dicho, su dolor, su sufrimiento, su desesperación. Para y por todos ellos..... gracias.

"El principio es la mitad del todo".

(Pitágoras)

INTRODUCCIÓN

La primera parte de esta Tesis Doctoral, denominada MARCO TEORICO, establece una revisión bibliográfica del origen y desarrollo del Síndrome de Burnout, la cual ha sido altamente compleja, debido a la cantidad de publicaciones y estudios experimentales que existen, así como por la ambigüedad encontrada en los aspectos que se abordan en los cinco primeros capítulos.

El **Primer Capítulo** establece una delimitación conceptual del Síndrome de Burnout, para lo cual se exponen una serie de denominaciones y definiciones aportadas, por diferentes autores, a lo largo del tiempo, diferenciándose de una serie de constructos con los cuales se puede confundir (alienación, ansiedad, depresión, estrés psicológico, insatisfacción laboral o tedio, entre otros).

El término Burnout, cuya traducción al castellano significa “quemado”, ha sido utilizado dentro de la jerga deportiva, para describir una situación en la que, en contra de las expectativas del deportista, éste no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera entrenado para conseguirlos. Fuera del contexto deportivo, Freudenberger (1974) utilizó, por primera vez, el vocablo Burnout para referirse a los problemas de los profesionales de servicios sociales, siendo Cristina Maslach, quién comenzó a divulgarlo en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en 1977, utilizándolo para referirse a que los trabajadores de los servicios humanos después de meses o años de dedicación acababan “quemándose” en el trabajo.

A pesar de las múltiples denominaciones que se le ha dado al Síndrome de Burnout, como, por ejemplo: “Síndrome de quemarse por el trabajo” (Gil-Monte, 2002a, 2002b; Gil-Monte y Peiró, 1997), “Síndrome de estar quemado” (Da Silva, Daniel y Pérez, 1999; Durán, Extremera y Rey, 2001; Flórez, 1994; Manzano y Ramos, 2000),

“Desgaste ocupacional” (López, 1996), “Estrés crónico laboral asistencial” (Manzano, 2001), “Estrés profesional” (Aluja, 1997), entre otros, a lo largo de todo este trabajo el término utilizado es SINDROME DE BURNOUT, tanto por ser la primera acepción del Síndrome que recibió como por ser la más utilizada.

En relación a la definición, puede parecer lógico que, hace mas de 20 años, se consideraba que era prematuro una definición del Síndrome de Burnout (Garden, 1987) por lo que se planteaba la necesidad de realizar un mayor número de trabajos para alcanzar una mejor comprensión de este fenómeno (Burke y Richardsen, 1991). Pero, hasta el momento, la ambigüedad existente entorno al Síndrome no lo ha hecho posible, ya que desde la aparición del término Burnout, no hay una definición unánimemente aceptada (García-Izquierdo y Velandrino, 1992), aunque todas ellas se puedan agrupar en dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En esta investigación, el Síndrome de Burnout se entiende desde una perspectiva psicosocial, es decir, como un conjunto de sentimientos y actitudes que aparecen como respuesta a fuentes de estrés en forma de proceso (secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología) que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales, a diferencia de la perspectiva clínica, que plantea el Síndrome de Burnout, como un estado.

Entre todas las definiciones expuestas, esta investigación se basa en la que establecen Maslach y Jackson (1981), por ser la consecuencia empírica de los estudios realizados por las autoras (1979, 1981, 1982, 1984, 1985 y 1986) en el que configuran el Síndrome de Burnout en tres dimensiones: Cansancio Emocional (sensaciones de sobre esfuerzo físico y la disminución o pérdida de recursos emocionales), Despersonalización (actitudes negativas, de insensibilidad y respuestas

cínicas hacia los receptores del servicio prestado) y baja Realización Personal en el trabajo (evaluación del propio trabajo de forma negativa).

A su vez, el hecho de que el instrumento de medida diseñado por las mismas autoras, el Maslach Burnout Inventory (referenciado, a partir de ahora, en todo este estudio, por sus siglas MBI) sea utilizado de forma casi unánime, por distintos autores, para la realización de sus investigaciones (incluida la presente Tesis), hace pensar que existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada del Síndrome de Burnout es la que ofrecen Maslach y Jackson, de ahí que sea el referente del presente estudio. Probablemente, se puede afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el concepto del Síndrome, pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización de los 22 ítems del MBI, caracterizado por las dimensiones señaladas, las cuales no fueron deducidas teóricamente con anterioridad al diseño del propio cuestionario, sino que se etiquetaron y conceptualizaron después de la formulación de éste y como resultado de su factorización, pero que debido a las diferentes traducciones que se han realizado en nuestro país del MBI ha originado, entre otras cosas, distintas denominaciones para una misma dimensión.

Así, mientras que existe un acuerdo generalizado en denominar “**Despersonalización**” a las actitudes negativas hacia las personas a las que se atiende en el trabajo (Gil-Monte, 1991; Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno, 1990), la aparición de sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo, aparece etiquetada como “Agotamiento Emocional” (García-Izquierdo, 1990; Gil-Monte, 1991), o “**Cansancio Emocional**” (Oliver y cols., 1990), mientras que la evaluación que el sujeto hace de su competencia laboral y la actitud que de ella se deriva, se denomina indistintamente “**Realización Personal en el trabajo**” (Gil-Monte, 1991; Montalbán, Bonilla e Iglesias, 1995), “Realización personal” (Oliver y cols., 1990) o “Rendimiento o Logro personal” (García-Izquierdo, 1990).

No obstante, es indiscutible que el MBI es el instrumento que más ha aportado en el estudio del Síndrome, obteniendo valores aceptables respecto de su validez (Halbesleben y Buckley, 2004). Sin embargo, no ha estado exento de problemas psicométricos, lo que ha impedido su consolidación futura, manifestando algunas debilidades, especialmente fuera del entorno anglosajón (Olivares y Gil-Monte, 2009).

Una vez concluida la conceptualización del Síndrome de Burnout, se contextualiza en el marco del Estrés Laboral (como respuesta), siendo difícil establecer una clara diferencia entre ambos, debido a que el concepto del primero ha surgido íntimamente relacionado con el segundo. Un intento para resolver esta ambigüedad terminológica ha sido establecer una diferenciación entre el concepto de estrés vital y laboral, encuadrando el Síndrome en este último. Concretamente, el estrés vital se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo mientras que el Estrés Laboral sería el estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo (Greenglass, Burke y Ondrack, 1990).

Sin embargo, la única diferencia (más aparente que real) es que el Síndrome de Burnout es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral (Álvarez y Fernández, 1991a), aunque se considera que no es un problema que se produzca exclusivamente en los ámbitos laborales de las sociedades del bienestar desarrolladas en el “primer mundo”. Es decir, es un problema geográfica y culturalmente más amplio que se extiende a otros países con lenguas y culturas diferentes, de forma que puede hablarse de un problema laboral no solo transnacional sino transcultural (Gil-Monte, 2008), siendo también fuente de investigación los aspectos transculturales que tiene la investigación sobre estrés y Síndrome de Burnout (Golembiewski, Scherb y Boudreau, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) no abordando este aspecto, en el presente trabajo, por exceder las expectativas planteadas.

Por último, se abordan las fases (entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía) (Edelwich y Brodsky, 1980), dimensiones (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo) y desarrollo evolutivo del Síndrome de Burnout, señalando los diversos planteamientos teóricos (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995; Lee y Ashforth, 1993a; Leiter, 1993; Leiter y Maslach, 1988) que se diferencian por el lugar en el que ubican las dimensiones dentro del proceso del Síndrome.

En el **Capítulo Segundo** se revisan los modelos interpretativos del Síndrome de Burnout, los cuales parten de los siguientes marcos teóricos: Teoría Sociocognitiva del Yo (Bandura, 1989; Cherniss, 1993; Harrison, 1983; Thompson, Page y Cooper, 1993), Teoría del Intercambio Social (Buunk y Schaufeli, 1993; Hobfoll y Fredey, 1993), Teoría Organizacional (Cox, Kuk y Leiter, 1993; Golembiewski et al., 1983; Winnubst, 1993) y Enfoque Transaccional (Gil-Monte y Peiró, 1999).

La aparición de dichos modelos se debió tanto a la necesidad de explicar la relación entre los antecedentes y consecuentes implicados en el desarrollo del Síndrome de Burnout (como respuesta al estrés laboral crónico) como a la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios que permitiesen explicar su etiología de una manera adecuada. Cada uno de los modelos propone una discusión sobre los procesos por los que las personas llegan a desarrollar cada una de las dimensiones que configuran el Síndrome, diferenciándose en el peso de incidencia que le otorgan a las variables personales, procesos de interacción social y variables laborales, así como a su interrelación, en dicho proceso.

No obstante, los diferentes modelos teóricos son un reflejo de la falta de acuerdo para explicar cómo se desarrolla el proceso del Síndrome de Burnout (relación antecedente-consecuente) y la relación entre las dimensiones del MBI, así como las consecuencias para el individuo y la organización (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Para completar la revisión teórica, se examina en los **Capítulos Tercero y Cuarto** las variables que se han relacionado, en menor o mayor medida, con el origen y el desarrollo del Síndrome de Burnout. En este sentido, también resulta muy complejo establecer una descripción concreta de dichas variables tanto por la diversidad de las clasificaciones encontradas y valor predictivo otorgado en relación al Síndrome, como por la ambigüedad empleada en su denominación (antecedentes, facilitadores, desencadenantes, predictores, fuentes de estrés laboral asistencial o de malestar, manifestaciones, causas, entre otras).

En relación al sistema clasificatorio de las variables, las diferencias se encuentran tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Es decir, por un lado, se puede llegar a recoger en las revisiones, más de cuarenta variables asociadas al Síndrome (Blustein, Eldridge, Kilty y Richardson, 1985), incluso mas de cien (Schaufeli, 1990) y, por otro lado, también se pueden encontrar divididas en grupos (personales, organizacionales y ambientales) (Nagy y Nagy, 1992; Sandoval, 1993) o en niveles (individual, relaciones interpersonales, organizacional y entorno social) (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En un nivel predictivo, la mayoría de los diseños de investigación que buscan las variables predictoras del Síndrome han sido transversales, excepto algunos estudios longitudinales (Burke y Greenglass, 1994; Depaepe, French y Lavay, 1987; Lee y Ashforth, 1993a; Leiter, 1990; Nagy y Nagy, 1992; Piedmont, 1993; Wade, Cooley y Savicki, 1986), los cuales han estado enfocados, desde diferentes perspectivas, interesándose unas veces en las variables más relacionadas con aspectos puramente personales del individuo, otras por las características propias del contexto laboral, o incluso por aspectos relacionados con circunstancias externas al trabajo. A su vez, las escalas, inventarios y cuestionarios utilizados han sido muy variados y las muestras que se han utilizado muy heterogéneas.

En conclusión, el análisis de dichas variables se ha llevado a cabo desde propuestas teóricas hasta proyectos empíricos, siendo una opción posible de clasificación establecer Variables Laborales que con frecuencia producen estrés y conducen a la experiencia del Síndrome de Burnout así como identificar determinadas Variables Personales que hacen más vulnerables a las personas ante estos elementos. No obstante, y aún centrando los conjuntos estímulares en las Variables Laborales y Personales, la preponderancia que alcanza cada una de ellos en la diversidad de estudios realizados es diferente, a pesar de la falta de resultados concluyentes.

Por un lado, en algunos trabajos queda patente que las Variables Laborales influyen más significativamente sobre el Síndrome de Burnout (Burke y Greenglass, 1994; LeCroy y Rank, 1986; Maslach, 1978), mientras que, en otros, son las Variables Personales las que lo subyacen (Smith, Bybee y Raish, 1988). Sin embargo, también existen estudios en los que se resaltan la importancia tanto de las primeras como de las segundas, concluyendo que el Síndrome es un problema tanto de organización laboral como personal (Brissie, Hoover-Dempsey y Bassler, 1988; Friedman, 1991; Hare, Pratt y Andrews, 1988; Helliwell, 1981; Kremer y Hofman, 1985).

En esta misma línea, pero alegando al concepto de interrelación entre ambos tipos de variables, se expone que no todas tienen la misma capacidad predictora, puesto que las variables estarán interrelacionadas, de manera diferente, con cada una de sus tres dimensiones (Maslach y Jackson, 1984), emergiendo el Síndrome como una función compleja en la que se interrelacionan los estresores laborales, ambientales y las diferencias individuales (Huebner, 1993).

En este estudio, el **Capítulo Tercero** abarca los **Desencadenantes** del Síndrome de Burnout (estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral), siguiendo la clasificación aportada por Peiró (1992), quién establece cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

1. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de Estrés Laboral;
2. Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera. En este trabajo, se incluye la variable “Categoría Profesional” del trabajador por considerarla relevante debido a que el Síndrome de Burnout se ha investigado especialmente en el ámbito de las profesiones relacionadas con la salud, concretándose que aquellos trabajos con pacientes más complejos facilitan su aparición (Gil-Monte y Peiró, 1997);
3. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales; y
4. Fuentes extra organizacionales de Estrés Laboral: Relaciones trabajo-familia (desarrollado en el Capítulo Cuarto: Facilitadores del Síndrome de Burnout).

A su vez, el Síndrome de Burnout incide directamente en la satisfacción del profesional y en su percepción de la Calidad de Vida en el trabajo. La satisfacción laboral fue objeto de estudio desde la Psicología de las Organizaciones por su efecto en otras variables como el rendimiento. Posteriormente, y desde una perspectiva más centrada en la Calidad de Vida Laboral, se ha revelado como una dimensión valiosa en sí misma y un objetivo de la intervención organizacional (Meliá y Peiró, 1989).

El concepto de Calidad de Vida Profesional se caracteriza por ser positivo (equilibrio y sensación de bienestar), integral (desarrollo óptimo y global de todos los ámbitos de la persona) y que se puede medir fácilmente por el Cuestionario de Vida Profesional (CVP-35, en adelante) (Cabezas, 2000). Se define como la percepción por parte del trabajador de un equilibrio entre las demandas y los recursos de los que dispone para

afrontarlas. A modo introductorio, se señala lo siguiente sobre los componentes principales de la Calidad de Vida Laboral:

- *Demandas*: En el lugar de trabajo, toda persona debe hacer frente a una serie de demandas, entre ellas, pueden estar la carga de trabajo, el ritmo impuesto, la ambigüedad de función, las malas relaciones personales, la inseguridad en el empleo, la falta de participación, la carencia de capacitación, las grandes responsabilidades o un contexto físico peligroso.
- *Recursos*: Frente a estas demandas, la persona posee unos recursos de control individuales, como su propia motivación, sus ganas de ser creativo o la percepción de la importancia del propio trabajo. Existen también recursos ligados a la organización en que se trabaja, como el grado de reconocimiento del esfuerzo, la posibilidad de que las propuestas se escuchen y apliquen o el apoyo de los superiores. Por último, el apoyo social (amigos, familia o compañeros) puede modular las relaciones entre estos factores.

En el **Capítulo Cuarto** se desarrollan los **Facilitadores** (variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el individuo y sus relaciones), los cuales quedan divididos en cuatro grandes bloques: Variables Sociodemográficas y de Trabajo, Variables de Personalidad, Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social.

En relación al estudio de la Personalidad, en el que se basa este estudio, es el propuesto por Millon (1969/1976, 1981), pudiendo esquematizarse las líneas que guían dicho modelo en: La utilización de una perspectiva teórica integradora, su insistencia en el continuo “normalidad/patología” y la incorporación de los principios de la Teoría de la Evolución (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007). A su vez, el instrumento de evaluación que se ha empleado para estudiar los Rasgos y Trastornos

de Personalidad de la muestra ha sido el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) (Millon, 1998, 1999 y 2000a).

No obstante, la identificación de todos los Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Burnout es una tarea de gran complejidad (por no decir imposible), teniendo en cuenta que virtualmente cualquier situación crónica molesta del entorno laboral puede ser un estresor y, por tanto un Desencadenante o Facilitador del Síndrome. Sin embargo, es posible identificar conjuntos estimulares en el trabajo que con frecuencia producen estrés y llevan a la experiencia de quemarse en los profesionales, así como determinadas características personales que hacen más vulnerables a las personas ante estos elementos.

A modo de resumen, la línea que se establece en la exposición teórica de esta Investigación, considera que los Desencadenantes hacen referencia a las [Variables Laborales](#) y los Facilitadores a las [Variables Personales](#), englobadas en cada uno de los ámbitos en los que se desarrolla un individuo (personal, familiar, laboral y social):

- **Ámbito Personal:** Variables Sociodemográficas y de Trabajo, Variables de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento.
- **Ámbito Familiar:** Variables Demográficas (estado civil y número de hijos).
- **Ámbito Laboral:** Ambiente físico y puesto del trabajo; Rol, relaciones y carrera; y Tecnologías y organización.
- **Ámbito Social:** entendido como Apoyo Social y considerado tanto desencadenante como facilitador, siendo su función facilitadora entre los estresores y la respuesta que eliciten, ampliamente estudiada en la literatura (Cohen y Wills, 1985).

La relación establecida entre Desencadenantes y Facilitadores, se pretende explicar desde un marco integrador, en el que se entiende el Síndrome de Burnout como la

experiencia que resulta de la combinación de estresores originados en el entorno laboral, modulados por las características de la propia persona. Es decir, que en el origen y desarrollo del Síndrome de Burnout existe una mutua influencia e interacción entre situación-persona tal y como se esquematiza en la siguiente Figura.

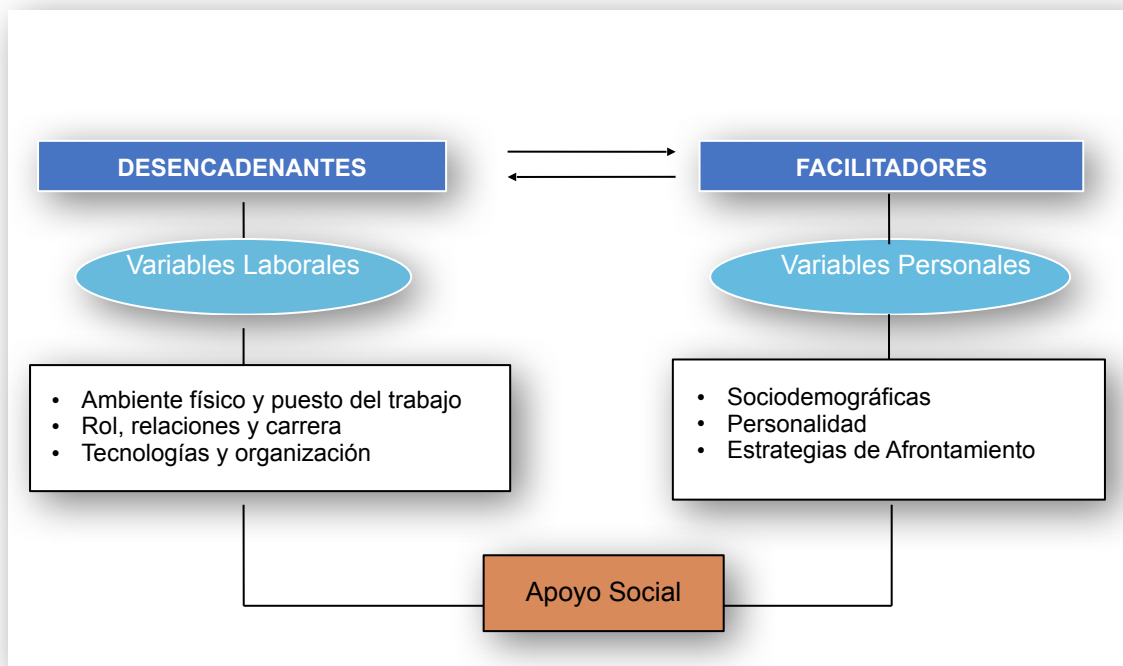


Figura. Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Burnout.

Para finalizar el marco teórico, se desarrolla en el **Capítulo Quinto**, la consideración actual del Síndrome de Burnout, desde el ámbito de la Psicología y del Derecho, resaltando la controversia que supone que un Síndrome tan estudiado, explicado y documentado no se reconozca como diagnóstico clínico en ninguno de los manuales o clasificaciones psiquiátricas de los trastornos mentales pero que, a su vez, se debata sobre sus signos, síntomas y consecuencias en los Tribunales españoles, reconociéndose como accidente de trabajo (pero no como enfermedad profesional). Para ello, se abordan los aspectos más relevantes a nivel diagnóstico y legal del Síndrome de Burnout.

En relación al diagnóstico, se matiza que toda la terminología empleada en la Tesis es acorde a la nomenclatura del DSM-IV (APA, 1994) sobre la cual existe un elevado volumen de investigación, desde la primera edición (1952) y, posteriormente las siguientes: DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994). En el año 2000, se acomete la revisión del DSM-IV para crear un “puente” con la quinta edición (fecha de publicación prevista en el año 2013), puesto que el intervalo de tiempo entre el DSM-IV y la aparición del DSM-V parecía que se estaba prolongando en mayor medida que en el caso de ediciones anteriores.

Las metas de la revisión de la cuarta edición (DSM-IV-TR) son las siguientes: 1) Corregir los errores identificados en el texto del DSM-IV; 2) Revisar la información del DSM-IV para asegurarse de que aún está al día; 3) Realizar los cambios necesarios para reflejar la información nueva disponible desde la revisión llevada a cabo en 1992; 4) Realizar mejoras que potencien su valor didáctico; y 5) Actualizar los códigos CIE-9 (Esbec y Fernández-Sastrón, 2001).

La mayoría de los cambios se efectúan en las siguientes secciones: Síntomas y trastornos asociados (que incluye el apartado de “Hallazgos de Laboratorio”); Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; Prevalencia; Curso; y Patrón familiar, ampliándose la sección de diagnóstico diferencial para un número de trastornos. No obstante, no se han efectuado cambios sustanciales en los distintos criterios, ni se ha realizado ninguna propuesta para la inclusión de nuevas categorías de trastornos mentales, nuevos subtipos, ni cambios en el estatus de las categorías de los apéndices. Por tanto, en este trabajo, se emplea la información obtenida directamente por el DSM-IV al ser la edición del manual referente del estudio.

En conclusión, las preguntas a las que trata de dar respuesta, esta primera parte del estudio, sobre el Síndrome de Burnout, son: *¿Cómo se denomina?, ¿Cómo se define?, ¿Qué lo desencadena?, ¿Qué lo facilita?, ¿Cómo se diagnostica?, ¿Se*

considera una enfermedad laboral? Por tanto, no se analizan ni las consecuencias del Síndrome de Burnout ni los planes de intervención que se han propuesto, por no corresponderse con los objetivos marcados en la presente Investigación.

En la segunda parte, MARCO EMPIRICO, se expone en el **Capítulo Sexto**, los objetivos e hipótesis que han dirigido el desarrollo de la investigación en torno a tres focos concretos: Dimensiones, Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Burnout. A modo de resumen, esta Tesis no tiene como objetivo identificar variables en la predicción del Síndrome sino que el objetivo es analizar una muestra de profesionales que padecen niveles moderados o severos de Síndrome de Burnout para describir el perfil laboral y personal de los sujetos, examinar cómo influyen cada una de las Variables Laborales y Personales en las dimensiones del Síndrome, examinar su Calidad de Vida Profesional y definir los Rasgos-Trastornos de Personalidad así como la Comorbilidad Psiquiátrica que presentan.

En el **Capítulo Séptimo**, se describe la muestra y el procedimiento empleado en la Investigación, detallando cada uno de los instrumentos de medida utilizados (Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, MBI, CVP-35 y MCMI-II) en la obtención de los datos, exponiéndose los resultados de los análisis estadísticos realizados en tres capítulos (**Octavo, Noveno y Décimo**), los cuales se corresponden con los objetivos generales planteados, anteriormente citados (Capítulo 6).

Por último, se establecen las conclusiones junto a la discusión de los resultados en el **Capítulo Undécimo**, comparándolos con los obtenidos en otras investigaciones, así como la contrastación de las hipótesis de trabajo, exponiendo unas últimas reflexiones críticas junto a una propuesta para la consideración del Síndrome de Burnout en el **Capítulo Duodécimo**.

MARCO TEÓRICO



Capítulo 1

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL Y DIMENSIONES del Síndrome de Burnout como respuesta al Estrés Laboral

1.1. Introducción.

Históricamente, la mayoría de las investigaciones sitúan en 1974, el inicio del estudio sobre el Burnout y señalan a Herbert Freudenberger como el autor pionero, aunque se encuentran otras referencias de sus orígenes, tanto en el año como en el autor. En materia de divulgación, se toma como referente el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en 1977, a cargo de Cristina Maslach.

En relación al año de inicio, por un lado, se sitúa en los años sesenta el uso del término Burnout, para describir los efectos crónicos del abuso de drogas (Starrin, Larsson y Styborn, 1990) mientras que, por otro, se precisa que Freudenberger lo ilustró en 1971 (Corcoran, 1985).

En relación al autor, se matiza que en 1960, Grahman Greene, había utilizado el término Burnout, para describir un estado que sentía la persona de “vaciamiento existencial”, como consecuencia del padecimiento de una enfermedad incurable, aunque se acepta el inicio de su estudio en ciencias sociales, a cargo de Freudenberger (Walker, 1986); y también se identifica a Ginsburg, en el trabajo inicial sobre Burnout en 1974, aunque escasamente citado, debido a una insuficiente producción científica, en comparación a Freudenberger (Garcés, 1994).

No obstante, puesto que el autor que ha alcanzado mayor reconocimiento en los orígenes del Síndrome de Burnout ha sido Herbert Freudenberger, se hace especial mención a este médico psiquiatra que trabajaba como voluntario en la “*Free Clinic*” de Nueva York para toxicómanos, el cual observó que tras un período de tiempo (entre uno y tres años), la mayoría de los trabajadores sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo, llegando al agotamiento y acompañado de síntomas de ansiedad y depresión (Mingote, 1998; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

A su vez, estas personas se caracterizaban como poco comprensivas e incluso agresivas hacia los pacientes, menos sensibles y con un trato distanciado, con tendencia a responsabilizar al paciente de los propios problemas que presentaba, eligiendo para definir este patrón conductual, la misma palabra que se empleaba para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso: BURN-OUT (“estar quemado”, “consumido”) (Freudenberger, 1974).

Posteriormente, en 1976, Cristina Maslach, psicóloga social, se encontraba estudiando las respuestas emocionales de profesionales dirigidos a ayudar a personas, empleando el mismo término que utilizaban los abogados californianos –Burnout- para describir el proceso gradual de desinterés entre sus compañeros y la pérdida de responsabilidad. Burnout era una etiqueta con la que los afectados se sentían fácilmente identificados y contaba con una gran aceptación social, no estigmatizando como un diagnóstico psiquiátrico (Maslach y Jackson, 1986).

Una vez expuestas las primeras discrepancias que rodean al Síndrome de Burnout, es necesario abordar las dificultades encontradas en su denominación y definición, debido a la falta de unanimidad, así como la diferenciación con otros constructos, para establecer las bases conceptuales en las que se asienta esta Investigación. Alcanzada dicha delimitación, se dedica el resto del capítulo a integrar al Síndrome de Burnout, dentro del marco contextualizador del Estrés Laboral (como respuesta) y exponer las fases y dimensiones que lo configuran.

Por último, se aportan las diferentes teorías basadas en la evolución de las tres dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en el trabajo, entendido como un proceso (perspectiva psicosocial) y no como un estado (perspectiva clínica). Concebir el Síndrome de Burnout como un estado ha dificultado su comprensión y la identificación de estrategias adecuadas de afrontamiento (Price y Murphy, 1984).

1.2. Delimitación conceptual del Síndrome de Burnout: Denominaciones, definiciones y diferenciación de otros constructos.

1.2.1. Denominaciones del Síndrome de Burnout.

En la revisión bibliográfica, se han encontrado al menos diecisiete denominaciones diferentes en español para aludir al Síndrome de Burnout, pudiéndose ampliar a diecinueve si se incluye la denominación “Síndrome del empleado”, ofrecida en la página web de la Universidad de California (<http://danr.ucop.edu/aglabor/Spanish-dictionary.pdf>) y la denominación “Enfermedad de Tomás o Síndrome de Tomás” (Meeroff, 1997; Mingote y Pérez, 1999; Tarela, 2002).

No obstante, muchas de las denominaciones del Síndrome de Burnout que aparecen en la literatura presentan una gran similitud (Véase Tabla 1.1.), pudiéndose clasificar en los siguientes tres grupos dependiendo de la referencia en la que se basen.

- **Grupo I:** Denominaciones que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón Burnout.
- **Grupo II:** Denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra o el contenido de la patología.
- **Grupo III:** Estudios en los que se considera que el Síndrome de Burnout es sinónimo de estrés laboral.

Tabla 1.1. Denominaciones *Burnout Syndrome*.

Grupo	Denominaciones	Autores
I	<i>Síndrome de quemarse por el trabajo</i>	- Gil-Monte y Peiró (1997) - Gil-Monte (2002a, 2002b)
	<i>Síndrome de estar quemado en el trabajo</i>	- Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000)
	<i>Síndrome de quemarse en el trabajo</i>	- Guillén y Santamaría, 1999 - Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili (2000)
	<i>Síndrome de estar quemado</i>	- Da Silva y cols .(1999) - Durán y cols .(2001) - Flórez (1994) - López y cols .(2000) - Manzano y Ramos (2000)
	<i>Síndrome del quemado</i>	- Chacón, Vecina, Barrón y De Paúl (1999) - De la Fuente y cols .(1997) - Fuertes, Martínez, Cantizano, Gándara y De la Cruz (1997)
	<i>Estar quemado</i>	- Olmeda, García y Morante (1998) - Prieto, Robles, Salazar y Daniel (2002) - Quevedo-Aguado y cols (1999)
	<i>Quemazón profesional</i>	- Aluja (1997) - Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler-Insa (1997)
II	<i>Desgaste psicológico por el trabajo</i>	- García-Izquierdo, Sáez y Llor (2000)
	<i>Desgaste ocupacional</i>	- López (1996)
	<i>Desgaste profesional</i>	- Arón y Milicic (2000) - Capilla (2000) - Da Silva y cols (1999) - Livianos, De las Cuevas y Rojo (1999) - Mingote (1998) - Olivar y cols. (1999) - Olmeda y cols. (1998) - Prieto y cols.(2002) - Segarra y Garrido (2000)
	<i>Agotamiento profesional</i>	- Belloch, Renovell, Calabuig y Gómez (2000) - Díaz e Hidalgo (1994) - Montesdeoca, Rodríguez, Pou y Montesdeoca (1997)
	<i>Agotamiento laboral</i>	- Manassero, Ferrer, Vázquez, Gili, Simó y Bes (1998)
	<i>Síndrome de Cansancio Emocional</i>	- García, Sobrido, García, Raña y Saleta (1999)
III	<i>Estrés crónico laboral asistencial</i>	- Manzano (2001)
	<i>Estrés laboral asistencial</i>	- Arranz, Torres, Cancio y Hernández (1999) - Carretero, Oliver, Toledo y Regueiro (1998) - Montalbán y cols (1995)
	<i>Estrés profesional</i>	- Aluja (1997) - Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler-Insa (1997)
	<i>Estrés laboral</i>	- Fuertes y cols. (1997) - García y cols. (1999)

En el año 2003, Gil-Monte hace un llamamiento a la unidad de la lengua y propone utilizar el término “Síndrome de quemarse por el trabajo” para aludir en español al “*Burnout Syndrome*”, lo cual resulta un intento de superar la limitación que presenta dicha denominación, argumentando las siguientes razones:

- a. Da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas;
- b. Informa sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas, para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología;
- c. Desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador, con lo que se evita estigmatizar al individuo;
- d. Se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial; y
- e. Permite diferenciarlo de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como estrés laboral, desgaste emocional, fatiga, ansiedad, etc.

1.2.2. Evolución de la definición del término Burnout.

En relación a la definición del Síndrome de Burnout, si bien existen diferentes líneas de conceptualización con el objetivo de alcanzar una única definición y que ésta sea consensuada, en las revisiones realizadas sobre el constructo Burnout, se concluye que no es posible ofrecer una definición concisa del fenómeno, reseñando la complejidad del Síndrome que se intenta concretar (Smith y Nelson, 1983a, 1983b), llegándose a conocer intuitivamente lo que es, aunque la mayoría pueda ignorar su definición (Starrin et al., 1990). No obstante, aunque no hay una definición unánimemente aceptada (García-Izquierdo y Velandrino, 1992), se pueden englobar en dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Desde una perspectiva clínica, se entiende el Síndrome de Burnout, como un estado al que llega el sujeto a consecuencia del estrés laboral (Freudenberger, 1974; Pines y

Aronson, 1988). Mientras que, desde una perspectiva psicosocial, se considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, es decir, el concepto esencial es considerar el Síndrome como un proceso caracterizado por Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal en el trabajo, aunque existen diferencias entre autores, en el establecimiento del orden secuencial en el que aparecen estas dimensiones (relación entre antecedentes y consecuentes) (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995; Golembiewski y Munzenrider, 1988; Golembiewski et al., 1983; Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986; Lee y Ashforth, 1993a; Leiter, 1988, 1989, 1992a, 1992b, 1993; Leiter y Maslach, 1988; Maslach y Jackson, 1981; Schaufeli y Dierendonck, 1993). Se abordarán estas diferencias exhaustivamente en el apartado 1.4. del presente capítulo.

Es fundamental resaltar que la diferencia entre dichas perspectivas estriba en que el Síndrome de Burnout, como un estado, entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral que plantea una etiqueta, es decir, sugiere un fenómeno estático, un resultado. Por el contrario, si se entiende como un proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez diferenciada en su desarrollo, es decir, como una respuesta al Estrés Laboral que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que emplea el sujeto y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (Gil-Monte y Peiró, 1997; Rodríguez-Marín, 1995).

La revisión bibliográfica centrada en la búsqueda de definiciones del Síndrome de Burnout, se caracteriza por ser extensa y diferente, pudiendo concluir que su descripción sintomática, depende de los autores que lo estudien. A continuación, se presentan descripciones y definiciones del Síndrome aportadas por los autores más relevantes en su estudio, tratando de abarcar desde sus orígenes hasta la actualidad:

- Freudenberger (1974): Sensación o experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios, como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo y de una sobrecarga por exigencias de energías o recursos personales.
- Freudenberger (1975): Resultado de gastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables.
- Edelwich y Brodsky (1980): Hacen referencia a la pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo. Proponen cuatro fases por las que pasa todo sujeto que padece Síndrome de Burnout: 1) Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; 2) Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales empezando a aparecer la frustración; 3) Frustración, en la que comienza a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del Síndrome; y 4) Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración. Estas fases se desarrollan de manera extensa en el apartado 1.4. de este capítulo.
- Cherniss (1980a): Proceso transaccional de estrés en el trabajo y acomodamiento psicológico, en el que se suceden tres momentos: a) Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales; b) Respuesta emocional al desequilibrio a corto plazo, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento; y c) Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).
- Freudenberger (1980): Estado de frustración o fatiga producido por devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada.

- Maslach y Jackson (1981): Respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (Despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de Realización Personal), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Cansancio Emocional). Aunque originalmente entienden el Síndrome de Burnout como un estado, los trabajos desarrollados a partir de su definición han originado su posterior conceptualización como proceso. Se puede desarrollar en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.
- Pines, Aronson y Kafry (1981): Fenómeno de desgaste profesional observable en los profesionales que trabajan directamente con personas. Se suele conceptualizar como el resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso con los usuarios, pacientes o clientes, durante un periodo de tiempo prolongado.
- Emener, Luck y Gohs (1982): Estado mental y físico resultante de los efectos de debilitamiento experimentados por sensaciones negativas prolongadas, relacionadas con el trabajo y el valor merecido al trato directo (“cara a cara”) del trabajo y de los compañeros.
- Fischer (1983): Estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima.
- Price y Murphy (1984): Proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral caracterizado por: Sentimientos de desorientación o fallo profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, aislamiento y frialdad.

- Brill (1984): Estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en un individuo que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que posteriormente ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral, estando en relación con las expectativas previas.
- Farber (1984): Manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico, derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas.
- Cronin-Stubbs y Rooks (1985): Respuesta inadecuada a los estresores ocupacionales, tanto a nivel emocional como conductual.
- Pines y Aronson (1988): Estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, baja autoestima, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general.
- Shirom (1989): Consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el Síndrome, siendo determinante la variable de afrontamiento para comprenderlo.
- Moreno-Jiménez, Oliver y Aragoneses (1991): Tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones en las que se establece una relación interpersonal con los beneficiarios del trabajo.
- García-Izquierdo (1991): Problema característico de aquellas profesiones que tienen que mantener una continua relación de ayuda hacia el cliente.

- Leiter (1992a): Crisis de autoeficacia.
- Maslach y Schaufeli (1993): Señalan que aunque con frecuencia, este tipo de respuesta ocurre en los profesionales que desempeñan su trabajo dentro de una organización de servicios (maestros, médicos, enfermeras, policías y funcionarios de prisiones) y en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (alumnos, pacientes y presos), el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales (directivos, entrenadores y deportistas), e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (voluntariado, activistas políticas y amas de casa).
- Burke y Richardsen (1993): Proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica (negativa con problemas de discomfort) cubierta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas.
- Leal (1993): Sintomatología depresiva que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, una pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo no son útiles.
- García-Izquierdo y cols. (1994): Experiencia psicológica que incluye sentimientos, actitudes, motivos y expectativas, afectando al bienestar general del individuo.
- Gil-Monte y Peiró (1997): Respuesta al estrés laboral crónico. Experiencia subjetiva interna que se compone de sentimientos, cogniciones y actitudes, con un cariz negativo y que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas tanto para la persona como para la institución.

- Mingote (1998): Realiza una síntesis de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de Burnout presentando, a continuación, la definición que propone:
 - Predominancia de los síntomas disfóricos, ante todo, el agotamiento emocional.
 - Destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o Despersonalización de la relación con el cliente.
 - Se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como desde cansancio hasta agotamiento, malestar general, entre otros.
 - Síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo.
 - Se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja Realización Personal, de insuficiencia o ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.
- Mingote (1998): El Síndrome de Desgaste Profesional es un tipo específico de trastorno adaptativo crónico, asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una relación de interdependencia mutua. Se caracteriza por constituir una respuesta desadaptativa, que se produce como consecuencia de un desbalance prolongado (más de 6 meses) entre demandas y recursos de afrontamiento. Se manifiesta por una sintomatología multidimensional a nivel cognitivo, conductual, somático y emocional, con la presencia de un excesivo malestar personal y por un deterioro social significativo, en ausencia de otro trastorno clínico. Los estresores pueden ser múltiples y acumulados como, por ejemplo, asociarse a varias dificultades instrumentales o a conflictos interpersonales no resueltos, o bien pueden ser continuos o recurrentes. A nivel clínico, se puede expresar como varios subtipos, según los síntomas predominantes: Ya sea de ansiedad, con sintomatología depresiva, con la mezcla de ambos tipos de síntomas o con

alteraciones predominantes de conducta; Ya sea por la propia función del profesional (absentismo, incumplimiento de sus funciones, etc.) o a cualquier otro nivel (abuso de bebidas alcohólicas, consumo de sustancias tóxicas, por ejemplo).

- Schaufeli y Buunk (2003): Resultado de la discrepancia entre las expectativas y los ideales individuales del trabajador, y la cruda realidad de cada día en la vida profesional.
- Vanheule y Verhaeghe (2005): Resultado de una crisis de identidad.
- Gil-Monte (2005): Respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por un deterioro: Cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional, o la baja Realización Personal en el trabajo; Afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico; Y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos. En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa.

1.2.3. Diferenciación del Síndrome de Burnout de otros constructos.

Debido a la dificultad en el establecimiento de la definición del Síndrome de Burnout, y ante la duda de que se esté utilizando un término nuevo para definir antiguos problemas (Davidoff, 1980), es importante dedicar un apartado de este primer capítulo, a diferenciarlo de otros constructos con los que se puede estar confundiendo, debido a su semejanza.

El Síndrome de Burnout entendido desde la perspectiva clínica como un estado, se solaparía parcialmente con los síntomas de estados como, por ejemplo: depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, tedio, tensión, conflicto, presión, nerviosismo o aburrimiento. Sin embargo, entendido como un proceso (perspectiva psicosocial), supone una interacción de variables afectivas o emocionales, variables de carácter cognitivo-aptitudinal y variables actitudinales, las cuales se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación de antecedentes-consecuentes dentro del proceso más amplio de estrés laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Por tanto, la diferenciación que se establece en este estudio, abarca los siguientes constructos: Alienación, Ansiedad, Depresión, Insatisfacción Laboral y Tedio, dedicando el siguiente apartado al constructo de Estrés Laboral debido a su estrecha asociación con el Síndrome de Burnout. No obstante, el Síndrome tampoco debe identificarse con Estrés Psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico, en concreto, como un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización (Rodríguez-Marín, 1995).

● Alienación.

Desde una perspectiva correlacional, Síndrome de Burnout y Alienación son dos constructos diferentes (Brookings, Boltob, Brown y McEvoy, 1985; Kalekin-Fishman, 1986), entendiendo que el segundo se desarrolla cuando un sujeto tiene poca libertad para llevar a cabo una determinada tarea que es posible realizar, mientras que el primero aparece cuando un sujeto tiene libertad para desempeñar una tarea que es imposible realizar, concluyendo que el Síndrome de Burnout no es Alienación (Cherniss, 1993).

- Ansiedad.

El Síndrome de Burnout es más amplio que el concepto de Ansiedad y ésta puede formar parte de aquél. Es decir, se señala que el Cansancio Emocional o físico, aparece cuando las exigencias de una situación exceden a las propias habilidades del sujeto, mientras que la Ansiedad es el resultado de que dicho sujeto no cuente con las habilidades requeridas para dicha situación, reflejando la dimensión de Cansancio Emocional un exceso de exigencias de las habilidades del sujeto, diferente de la Ansiedad (Leiter, 1990).

- Depresión.

Se ha considerado que uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Burnout es la Depresión (Freudenberger, 1974), encontrándose asociaciones significativas en profesionales de la salud mediante la administración de cuestionarios como el Inventario de Depresión de Beck (Firth, Mckeown, McIntee, y Britton, 1987; Haack, 1988) o la Self-Rating Depression Scale (Revicki, May y Whitley, 1991) e incluso, en otros estudios se ha considerado que existe un posible solapamiento entre ambos (Firth, McIntee, Mckeown, y Britton, 1986; Firth et al., 1987; Maher, 1983; Oswin, 1978).

No obstante, otros autores, aunque encuentran algunas similitudes sintomatológicas, concluyen que se trata de dos trastornos diferentes, considerando al Síndrome como un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que la Depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre esas relaciones interpersonales (Leiter y Durup, 1994).

A su vez, si se atiende al criterio temporal en la diferenciación de estos dos trastornos se especifica que, en un primer momento, el Síndrome responde al estrés y, posteriormente, a la Depresión como Síndrome específico (Martín, 1982).

- Insatisfacción Laboral.

Síndrome de Burnout e Insatisfacción Laboral, son ambas experiencias psicológicas internas y negativas, pero así como el Síndrome se caracteriza por la Despersonalización (además del Cansancio Emocional y la falta de Realización Personal en el trabajo), este aspecto no se da en la Insatisfacción Laboral (Firth y Britton, 1989).

En este mismo sentido, se apunta que el Cansancio Emocional y la Despersonalización son dimensiones que aparecen estrictamente en el Síndrome, mientras que la falta de confort es exclusiva de la Insatisfacción Laboral (Jayaratne y Chess, 1983). A nivel correlacional, también se establece el criterio de validez discriminante entre ambos constructos (Maslach y Jackson, 1981).

- Tedio.

Pines y Kafry (1981) introdujeron el término “tedium” para establecer la diferencia entre dos estados psicológicos de presión diferentes, atendiendo a su cronicidad. Es decir, así como el Tedio es, en un primer momento, el resultado de presiones físicas o psicológicas, el Síndrome de Burnout es el resultante de una presión emocional de carácter crónico que se asocia a una intensa y prolongada implicación con las personas a las que se atiende (Pines et al., 1981). No obstante, posteriormente se abandona esta diferenciación englobando en el Síndrome al Tedio, considerándose un síntoma (Pines y Aronson, 1988).

1.3. Síndrome de Burnout como respuesta al Estrés Laboral.

1.3.1. Diferenciación entre Síndrome de Burnout y Estrés Laboral.

Antes de profundizar en las dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, es obligado hacer referencia al Estrés Laboral e integrar al primero dentro del proceso del segundo, para lo que es necesario aportar unas pinceladas acerca del estrés.

El estrés se puede entender como un fenómeno adaptativo de los seres humanos ante diferentes situaciones en las esferas de la vida, ya sean de supervivencia o de rendimiento en sus actividades y desempeño eficaz. No obstante, lo que se considera negativo es que la experiencia de estrés sea excesiva, incontrolada o incontrolable.

En este sentido, se pueden emplear dos términos (“*eustrés*” y “*distrés*”) para diferenciar la doble valoración (positiva o negativa) que recibe el estrés. Así como el “*eustrés*” se refiere a situaciones y experiencias en las que el estrés tiene resultados y consecuencias predominantemente positivos, porque produce la estimulación y activación adecuadas para alcanzar unos resultados satisfactorios en una actividad con unos costes personales razonables, el “*distrés*”, engloba situaciones y experiencias personales desagradables, molestas y con probables consecuencias negativas para la salud y el bienestar psicológico. El término genérico de estrés se identifica con *distrés*, asociándose a la polaridad negativa y considerándole como un fenómeno desadaptativo con consecuencias patológicas sobre la salud física y/o emocional de la persona (Edwards y Cooper, 1988; Selye, 1956).

No obstante, también se encuentran otras definiciones de estrés en función de que lo conceptualicen como: Estímulo (fuerzas externas que producen efectos transitorios o permanentes en la persona); Respuesta (respuestas fisiológicas o psicológicas que la persona da ante un determinado estímulo ambiental o estresor); Percepción (el estrés surge de los procesos de percepción y cognitivos que producen secuelas fisiológicas

o psicológicas); o Transacción (el estrés sólo se caracteriza adecuadamente si se tiene en cuenta la situación ambiental, así como la peculiar relación en que la persona se encuentra respecto a esa situación estresante a lo largo del tiempo) (Cox y Mackay, 1981).

Por tanto, en la delimitación conceptual del término estrés, resulta fácil constatar tanto las diferentes formas de definirlo, como la imprecisión y ambigüedad de abordarlo (McGrath, 1970), considerando necesario fragmentar un constructo tan amplio como es el de estrés, para ayudar a clasificar los diversos fenómenos asociados, como es, en este caso, el Síndrome de Burnout (Oliver y cols., 1990).

No es un propósito de este estudio, analizar de manera exhaustiva la conceptualización del término estrés, pero lo anteriormente citado resulta básico para asociar y clarificar de manera general el Estrés Laboral, con el objetivo de especificar que, en esta Investigación, el Síndrome de Burnout se entiende como una respuesta al Estrés Laboral. A continuación, se desarrollan otros tipos de interpretaciones similares o diferentes a la planteada en esta Tesis.

Por un lado, se considera que el estrés y el Síndrome de Burnout podrían ser conceptos similares, siendo este último un tipo específico de estrés que describe un número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en profesiones que implican interacción humana (Nagy, 1985). En esta línea, se encuentra una asociación significativa entre las puntuaciones del índice de reactividad al estrés con los mayores niveles del Síndrome, en una muestra de profesionales de Atención Primaria en Santa Cruz de Tenerife, pudiéndose interpretar este dato empírico como expresión del solapamiento entre ambos constructos (De las Cuevas, González de Rivera, De la Fuente, Alviani y Ruiz-Benítez, 1997).

Por otro lado, las diferencias que se establecen entre estrés y Síndrome de Burnout, atienden a diferentes parámetros como, por ejemplo, a la valoración, al lugar de aparición o a la profesión en que se desarrolla el estrés:

- *En relación a la valoración:* Se diferencian en que el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por la persona, mientras que el Síndrome de Burnout es un fenómeno exclusivamente negativo (Starrin et al., 1990), pudiendo considerarlo similar a un estrés negativo (D'Aurora y Fimian, 1988; Farber, 1984).
- *En relación al lugar:* Se encuentran aquellos que consideran el Estrés Laboral como un antecedente necesario para la aparición del Síndrome, definiendo a este último como la tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos (Shinn, Rosario, March y Chestnut, 1984) o como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo (Hiscott y Connop, 1990). En la línea opuesta, se considera el Síndrome de Burnout como consecuencia del Estrés Laboral (Daley, 1979).
- *En relación a la profesión:* Se define el Síndrome de Burnout como una forma específica de Estrés Laboral en aquellas profesiones que se caracterizan por el trabajo directo con otras personas que se encuentran en una situación de dependencia o de crisis (Moreno-Jiménez y cols., 1991). E incluso, se señala que es conveniente reservar el diagnóstico de Síndrome de Burnout cuando se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen un contacto directo y constante con personas, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio y son beneficiarios del propio trabajo (docentes, sanitarios, trabajadores sociales, fuerzas del orden, personal de justicia, trabajadores de banca, árbitros y jueces deportivos o trabajadores del sector turístico, por ejemplo) siendo el diagnóstico de Estrés Laboral el adecuado para las

profesiones que carecen de contacto directo y constante con personas y que no tengan relación de ayuda o servicio (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007).

Por último, se encuentran autores que distancian el Síndrome de Burnout del Estrés Laboral definiéndolo como una crisis de autoeficacia (Leiter, 1992a), hasta concluir, desde una posición extrema, que ambos constructos son claramente diferentes (Singh, Goolsby y Rhoads, 1994). No obstante, también se apunta que el concepto del Síndrome se ha convertido en un descriptor del Estrés Laboral, pudiéndose haber perdido el origen del mismo debido a su popularidad (Nagy y Nagy, 1992).

1.3.2. El Síndrome de Burnout en el marco contextualizador del Estrés Laboral.

Existen diversos modelos que tratan de explicar las relaciones entre el Estrés Laboral y sus consecuencias, pero exponer una revisión de dichos modelos excede los objetivos de este trabajo por lo que se desarrolla el modelo formulado por French y Kahn (1962) en el “Institute for Social Research” (Universidad de Michigan), en el que se plantean los componentes básicos que han guiado la investigación sobre estrés (Véase Figura 1.1.).

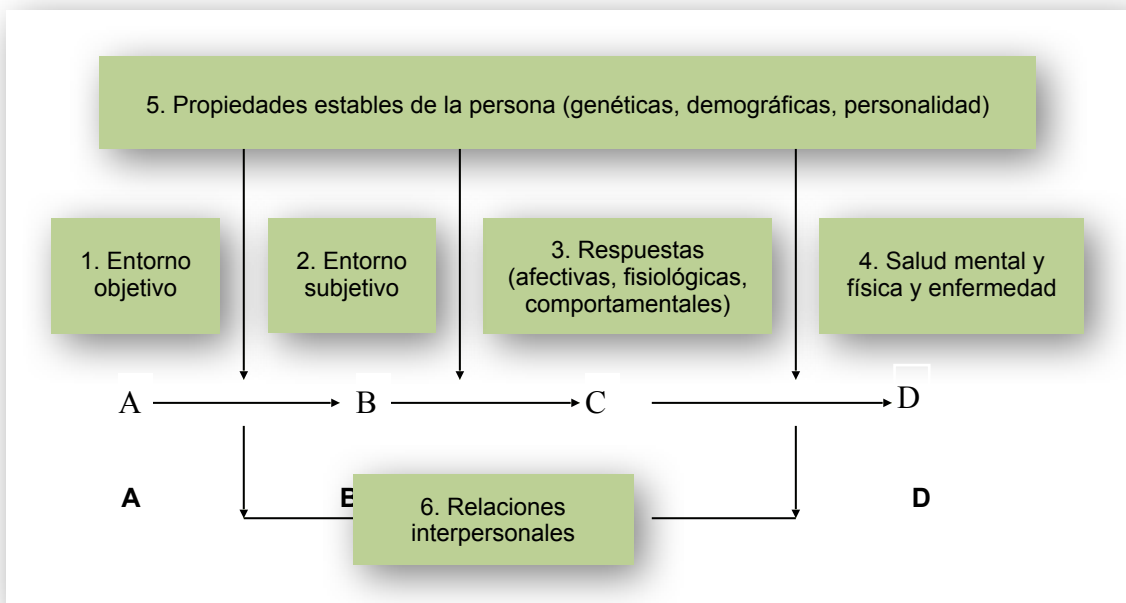


Figura 1.1. Modelo del Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan sobre el entorno social y la salud mental (French y Kahn, 1962).

De acuerdo con este modelo, los autores plantean una secuencia explicativa de la conexión entre el trabajo y la salud de los trabajadores, concretamente se define de la siguiente manera: Una cadena de hipótesis que se inicia con algunas características del contexto objetivo del trabajo, y finaliza con algunos criterios de salud especificando las variables intervinientes en el entorno psicológico y en las respuestas inmediatas del individuo, y estableciendo los modos en que estas conexiones causales son modificadas por las diferentes características de los individuos y sus relaciones interpersonales (Kahn, 1981).

A lo largo de las últimas décadas, los diversos modelos que se han postulado realizan contribuciones que amplían, modifican o corrigen planteamientos, al menos en parte, contemplados en este modelo, en que se establece una secuencia causal que va desde las características del contexto objetivo de trabajo (A), a través de la experiencia subjetiva del trabajador (B) y de sus respuestas ante él (C), hasta los efectos a largo plazo que todos estos factores tienen sobre su salud física y mental (D). Los tipos de conexiones serían los siguientes:

- *De tipo A-B:* Establecen relaciones entre el contexto físico y social del trabajo y las percepciones del mismo por parte del sujeto.
- *De tipo B-C:* Señalan las relaciones entre el entorno percibido de trabajo y las respuestas que el sujeto realiza en él.
- *De tipo C-D:* Se refieren a los efectos de esas respuestas sobre criterios establecidos de salud y enfermedad.

Estos tres tipos de conexiones son afectadas por otras dos variables: por un lado, la influencia de las características o propiedades estables de la persona y, por otro lado, las relaciones interpersonales que el individuo desarrolla con otras personas. Ambas influyen sobre la forma de percibir la realidad física, la forma de responder ante dicha

realidad percibida y el modo en que esas respuestas inciden sobre su salud y bienestar psicológico.

En los modelos de Estrés Laboral, las respuestas al estrés actúan como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias. En este sentido, el Síndrome de Burnout entendido como una respuesta al Estrés Laboral, se considera un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés.

Tomando como referencia los Modelos Transaccionales (Peiró y Salvador, 1993) en los que el estrés se entiende como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio o del propio individuo y la capacidad de respuesta de la persona, se elabora un modelo para incluir el Síndrome de Burnout como respuesta al estrés laboral (Véase Figura 1.2).

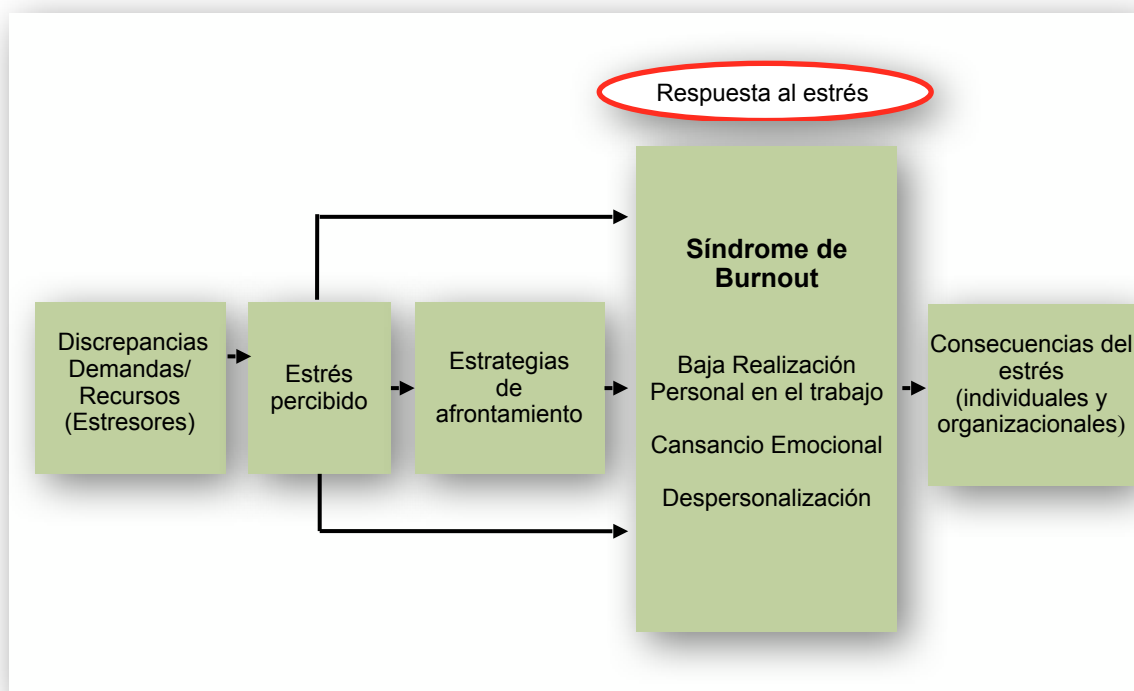


Figura 1.2. Modelo para integrar el Síndrome de Burnout dentro del proceso de Estrés Laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Este modelo, inicialmente elaborado para explicar el proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería ha sido contrastado y ha obtenido evidencia empírica en diferentes estudios, y para diferentes colectivos profesionales como enfermería (Manzano y Ramos, 2000), profesores de niveles no universitarios (Manassero y cols., 2000) y parcialmente en policías locales (Durán y cols., 2001).

En el caso de las profesiones en las que el objeto de trabajo son personas, las estrategias de afrontamiento desarrolladas ante los estresores laborales deben ser tanto efectivas (para manejar las respuestas al estrés) como eficaces (para eliminar los estresores), puesto que estos profesionales se enfrentan a diario con la fuente de estrés. Por tanto, si ante los estresores percibidos las estrategias de afrontamiento del profesional no resultan exitosas, conllevan fracaso (profesional y de las relaciones interpersonales con los sujetos hacia los que está dirigido su trabajo). Por ello, la respuesta a este estrés son sentimientos de baja Realización Personal en el trabajo y Cansancio Emocional, desarrollando actitudes de Despersonalización como nueva forma de afrontamiento ante estos sentimientos.

La Despersonalización no es una estrategia de afrontamiento al estrés que se emplee inicialmente, sino que es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten, distinguiéndose dos aspectos:

- *Funcional*: No implicación en los problemas del usuario, en el sentido de que los sentimientos del profesional no se vean afectados al realizar sobre el primero acciones lesivas o negativas.
- *Disfuncional*: Conductas que implican un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio por parte del profesional hacia el usuario.

1.4. Fases y desarrollo evolutivo de las dimensiones del Síndrome de Burnout: Planteamientos teóricos.

La aparición del Síndrome de Burnout no surge de manera súbita, sino que emerge de forma paulatina, en una sucesión de etapas y con un incremento progresivo de la severidad, por lo que se considera un proceso continuo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En 1980, Edelwich y Brodsky, distinguieron en su obra el desarrollo del Síndrome de Burnout, en cuatro **FASES**:

- **Fase de entusiasmo o luna de miel:** Es el período inicial de apasionamiento en el que la persona quiere dar, cada día, más de sí misma. El trabajo parece estupendo, lo es todo, y la persona se encuentra pletórica de energías para afrontarlo, de manera que todo parece posible. Además, el trabajador cree que su empleo satisfará todas sus necesidades y solucionará todos sus problemas, y generalmente está satisfecho tanto con los compañeros como con la empresa.
- **Fase de estancamiento (El despertar):** Como ocurre con la luna de miel en otras situaciones de la vida, ésta no dura eternamente, y el trabajador comienza a darse cuenta de que lo que se había planteado en ese inicial período idílico, no responde exactamente a la realidad. Se produce una percepción de que las recompensas personales, profesionales y materiales, no son las que se esperaban. Todo empieza a verse de otro color y se empiezan a encontrar problemas. Es una fase positiva, en el sentido de que es mucho más realista y objetiva que la anterior, y a la que hay que llegar a ella en algún momento de la vida laboral. El inconveniente es comenzar a deslizarse hacia la siguiente fase, empezando así el lento e insidioso desgaste profesional.

- **Fase de frustración (Tostamiento):** El entusiasmo y energía se han ido transformando en una fatiga crónica e irritabilidad. Empiezan a aparecer repercusiones a nivel psicofisiológico, perdiéndose la motivación que justificaba la dedicación y esfuerzos anteriores. En el desempeño laboral, el individuo se vuelve indeciso y baja la productividad, con el consiguiente deterioro tanto en la cantidad como en la calidad del trabajo, comenzando a percibir este cambio tanto los compañeros como los superiores. Si la frustración se mantiene, las actitudes y comportamientos negativos van derivándose hacia la etapa más avanzada, sintiéndose el profesional cada vez más frustrado e irritado, percibiendo que tiene que esforzarse cada vez más para hacer el mismo trabajo que antes encontraba fácil, mostrándose cínico, distanciado y abiertamente crítico con la organización, el tipo de trabajo, los superiores y los compañeros. Problemas como la depresión, la ansiedad o enfermedades físicas empiezan a aparecer, así como el consumo de drogas, alcohol o fármacos.
- **Apatía (El Burnout ya instalado):** Si la anterior fase no es interrumpida por la acción del propio afectado o por otra persona de su entorno, la frustración se convierte en apatía en un período de tiempo que oscila para cada trabajador, siendo la desesperanza la nota predominante de esta última etapa del Síndrome de Burnout. El profesional experimenta un abrumador sentimiento de fracaso y una devastadora pérdida de autoestima y autoconfianza, sintiéndose deprimido y con ideación negativa acerca del futuro. Presenta alteraciones tanto física como mentalmente.

Desde una perspectiva psicosocial, los estudios que abordan el Síndrome de Burnout, se diferencian en el orden secuencial en el que establecen la aparición y el desarrollo de las **DIMENSIONES** que lo configuran: Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal en el trabajo, las cuales consisten en:

- ✦ **Cansancio Emocional:** Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

- ✦ **Despersonalización:** Desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Los profesionales generan una visión deshumanizada de las personas a las que atienden debido a un endurecimiento afectivo.

- ✦ **Falta de Realización Personal en el trabajo:** La tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y, de forma especial, esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales.

Las diferencias entre los planteamientos teóricos radican en la dimensión que presentan como primera respuesta al Estrés Laboral percibido, en la secuencia de progreso del Síndrome y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto. Concretamente, las perspectivas que se presentan son las siguientes: Golembiewski et al. (1983), Leiter y Maslach (1988), Leiter (1993), Lee y Ashforth (1993a) y Gil-Monte y cols. (1995), las cuales surgen de las limitaciones o insuficiencias teóricas y metodológicas que presenta la perspectiva que la precede (Véase Tabla 1.2.).

Tabla 1.2. Limitaciones de las perspectivas en el desarrollo del proceso del Síndrome de Burnout.

CRÍTICAS	PERSPECTIVAS
Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)	
<i>Golembiewski et al. (1983)</i>	No queda clara la forma en que un sujeto se recupera desde la fase 8, si de forma aguda o crónica.
	Las tres dimensiones no contribuyen, por igual, al Síndrome de Burnout.
<i>Leiter, (1989, 1993)</i>	Clasificar a los sujetos en altos <i>versus</i> bajos sentimientos de estar quemados sobre la base de dicotomizar las puntuaciones en las escalas del MBI.
	Deficiencia metodológica que supone dicotomizar variables continuas al reducir el número de posibles relaciones entre el Síndrome y otras variables.
<i>Lee y Ashforth (1993a)</i>	En su estudio longitudinal de ecuaciones estructurales con una muestra de trabajadores de una agencia de servicios en Canadá, concluyeron que ni el trabajo de Golembiewski et al. (1983) ni el de Leiter y Maslach (1988), se ajustaban adecuadamente a los datos de su estudio, destacando el modelo de Leiter y Maslach (1988) en consistencia y mejor ajuste.
<i>Gil-Monte et al. (1995)</i>	En un estudio transversal con una muestra de profesionales de enfermería, obtuvieron que para los diversos índices de ajuste global empleados, el modelo de Golembiewski et al. (1983) no se ajustaba significativamente a los datos y el de Leiter y Maslach (1988) alcanzaba un ajuste adecuado.
Trabajo de Leiter y Maslach (1988)	
<i>Golembiewski (1989)</i>	La Despersonalización no puede ser considerada como una variable mediadora entre el Cansancio Emocional y la falta de Realización Personal en el trabajo, puesto que en el trabajo de Golembiewski et al. (1986) indican que sujetos con bajo Cansancio Emocional y baja Despersonalización expresan altos sentimientos de Realización Personal en el trabajo (fase 3 del modelo de fases).
	No explica como el Síndrome de Bournout se instaura progresivamente en los profesionales.
<i>Leiter (1993)</i>	La relación entre la Despersonalización y Realización Personal en el trabajo inicialmente hipotetizada, no resulta significativa (Leiter, 1990; 1991).
Trabajo de Lee y Ashforth (1993a)	
<i>Lee y Ashforth (1993a)</i>	Pusieron a prueba su modelo y los resultados que alcanzaron no señalaban un ajuste adecuado a los datos ni una relación significativa en la relación establecida entre los sentimientos de Cansancio Emocional y de baja Realización Personal en el trabajo.
<i>Gil-Monte y Peiró, (1997)</i>	Desde consideraciones metodológicas es un modelo "post hoc", por lo que conlleva ciertas reservas sobre la validez externa de los resultados.

1.4.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

Presentan el primer modelo que aparece en la literatura como resultado de estudios empíricos, fundamentado en una serie de fases. Para estos autores, el desarrollo de actitudes de Despersonalización es el síntoma inicial del desarrollo del Síndrome de Burnout, entendiéndolo como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés. La secuencia de las otras dos dimensiones sería experimentar baja Realización Personal en el trabajo y a más largo plazo Cansancio Emocional (Véase Figura 1.3).

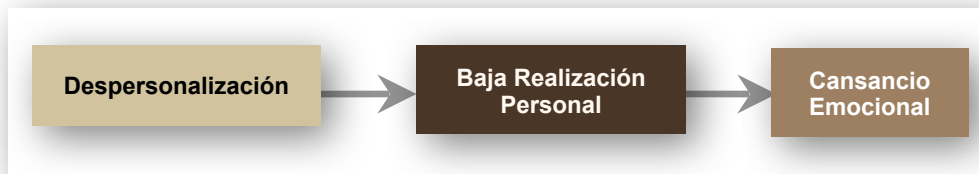


Figura 1.3. Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

Este modelo contempla ocho fases en el proceso del Síndrome, tomando como referencia las puntuaciones en las tres dimensiones obtenidas en el MBI, mediante la dicotomización de éstas en función de la media. Es decir, dependiendo de que la puntuación alcanzada en cada dimensión sea superior o inferior a la media, se asignan a los sujetos en dos grados: alto o bajo. Por tanto, la fase a la que es asignado cada sujeto depende de la combinación de la puntuación en las tres dimensiones.

En este sentido, se considera que un sujeto se encuentra en la primera fase, cuando en las tres dimensiones puntúa por debajo de la media, si puntúa superior a la media en la dimensión de Despersonalización pero inferior en las otras dos (Realización Personal y Cansancio Emocional), se considera que está en la segunda fase, y así sucesivamente (Véase Tabla 1.3.).

Tabla 1.3. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

DIMENSIONES	FASES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización Personal (Inversa)	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio Emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

No obstante, para desarrollar el Síndrome de Burnout, los sujetos no tienen que atravesar todas las fases definidas en el modelo. A su vez, se diferencia el tipo de instauración del Síndrome, atendiendo al concepto numérico de las fases que pasa un sujeto: proceso agudo (por ejemplo, un sujeto pasa por las fases 1, 5 y 8) y proceso crónico (por ejemplo, atravesar las fases 1, 2, 4 y 8).

1.4.2. Leiter y Maslach (1988).

Desde este planteamiento, los sentimientos de Cansancio Emocional son el elemento central del Síndrome, generando Despersonalización (intento fallido de manejar los sentimientos persistentes de Cansancio Emocional mediante el distanciamiento personal) y falta de Realización Personal en el trabajo, además de otras consecuencias (aumento del absentismo o falta de compromiso con el trabajo) (Leiter, 1988).

Concretamente, señalan que como consecuencia de los estresores laborales, los sujetos desarrollan sentimientos de Cansancio Emocional que, posteriormente, dan lugar a la aparición de actitudes de Despersonalización orientadas hacia su trabajo, y como consecuencia de todo ello pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo. Por tanto, en el proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout, las actitudes de Despersonalización son una variable mediadora entre los sentimientos de

Cansancio Emocional y los de baja Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 1.4).

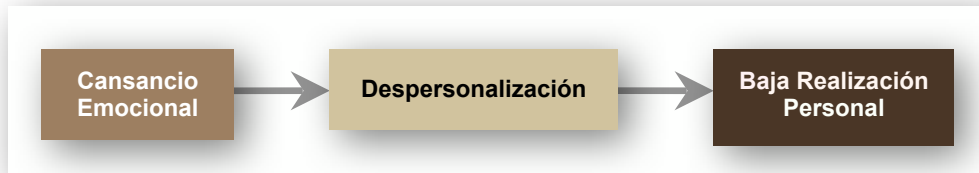


Figura 1.4. Fases de Leiter y Maslach (1988).

Otros autores también destacan como rasgo fundamental del Síndrome de Burnout el Cansancio Emocional (Álvarez y Fernández, 1991b), definiéndolo como la sensación de no poder dar más de sí mismo, y ante tal sentimiento negativo, el sujeto, para protegerse, trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los “clientes” y los miembros del equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral. Todos estos recursos suponen para él una forma de aliviar la tensión experimentada, de manera que, al restringir el grado o la intensidad de la relación con las demás personas, está tratando de adaptarse a la situación aunque lo haga por medio de mecanismos neuróticos.

El tercer rasgo esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas debidamente. Este componente puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia. Ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión a los que le observan que su interés y dedicación son inagotables.

1.4.3. Leiter (1993).

Leiter (1993) reformula su planteamiento como consecuencia de unos trabajos que realiza (Leiter 1990, 1991) en los que como resultado del análisis (ecuaciones estructurales) de las relaciones entre las dimensiones del MBI y un grupo de variables antecedentes y consecuentes del Síndrome de Burnout, obtiene que la relación entre la Despersonalización y Realización Personal en el trabajo no resulta significativa, como en un principio hipotetizó.

En este nuevo modelo se mantiene la relación hipotetizada entre Cansancio Emocional y Despersonalización, es decir, la respuesta inicial del sujeto ante los estresores del entorno son los sentimientos de Cansancio Emocional, que según aumentan y se cronifican se desarrollan actitudes de Despersonalización como una manera de abordarlos (Leiter y Maslach, 1988) (Véase Figura 1.5).

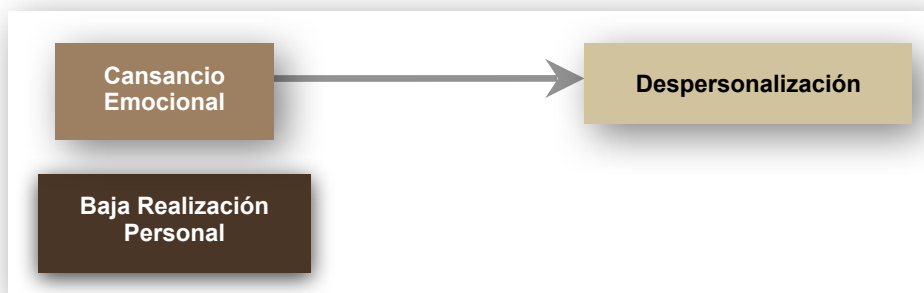


Figura 1.5. Reformulación de la perspectiva de Leiter y Maslach, 1988 (Leiter, 1993).

A diferencia del modelo anterior, señala que: 1) Los sentimientos de Despersonalización no median la relación entre Cansancio Emocional y Realización Personal en el trabajo; 2) La baja Realización Personal en el trabajo es consecuencia directa de los estresores laborales y surge de forma paralela a los sentimientos de Cansancio Emocional como respuesta del sujeto a esos estresores laborales (en especial a la falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente); y 3) No

establece ninguna hipótesis en el tipo de relación entre los sentimientos de Realización Personal en el trabajo y las actitudes de Despersonalización.

1.4.4. Lee y Ashforth (1993a)

La aportación de estos autores es considerar la Despersonalización y la baja Realización Personal en el trabajo como consecuencia directa de los sentimientos de Cansancio Emocional (Véase Figura 1.6).



Figura 1.6. Fases de Lee y Ashforth (1993a).

En este sentido, tampoco consideraban la Despersonalización como una variable mediadora, a diferencia de Leiter y Maslach (1988). No obstante, y aunque este planteamiento del proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout presenta deficiencias metodológicas, ha sido adoptado por otros autores (Dierendonck, Schaufeli y Sixma, 1994; Schaufeli y Dierendonck, 1993).

1.4.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

Como alternativa a las insuficiencias de las perspectivas anteriores, desarrollan una visión del proceso del Síndrome de Burnout en la que se integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. En este sentido, el

Síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de Cansancio Emocional, surgiendo las actitudes de Despersonalización como estrategia de afrontamiento, ante la experiencia crónica de las otras dos dimensiones (Véase Figura 1.7).

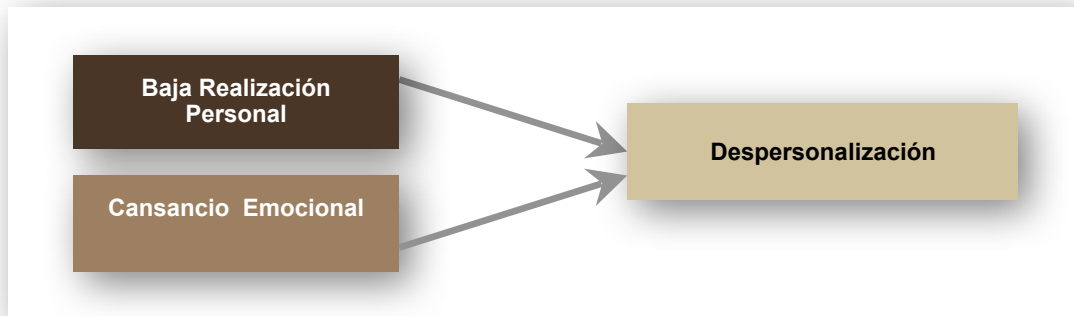


Figura 1.7. Perspectiva de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

Estudios empíricos posteriores y la revisión de la literatura sugieren que los sentimientos de culpa podrían ser una dimensión del Síndrome de Burnout adicional a las tres mencionados (Farber y Miller, 1981; Maslach, 1982a; Price y Murphy, 1984). De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones: 1) Caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran el Síndrome, se pueden adaptar al entorno laboral, no resultando incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios y para la organización; y 2) Incorpora la aparición de sentimientos de culpa como una dimensión más del Síndrome (Véase Figura 1.8).

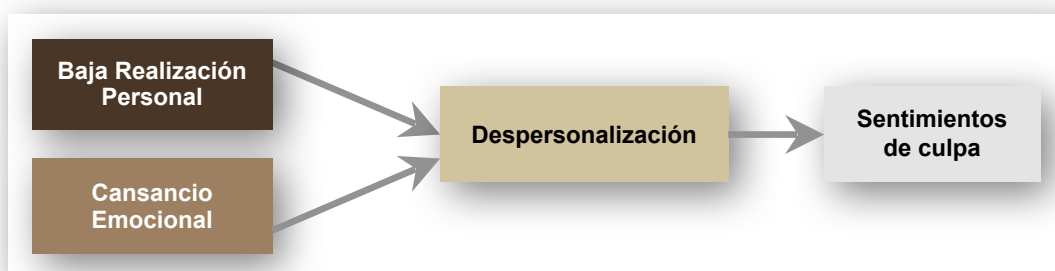


Figura 1.8. Fases de Gil-Monte (2005 y 2007).

La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del Burnout que intensifica sus dimensiones y lo hace perverso, puesto que llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994), pero como las condiciones del entorno laboral no cambian (sólo cambian los usuarios que presentan idénticos problemas) disminuirá la Realización Personal en el trabajo y aumentarán los niveles del Cansancio Emocional y de Despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del Síndrome (Gil-Monte, 2005, 2007). De esta manera, a medio o largo plazo, se producirá un deterioro de la salud del trabajador, aumentará su tasa de absentismo, y su deseo de abandonar la organización y la profesión (Gil-Monte, 2005).

“Todas las teorías son legítimas y ninguna tiene importancia. Lo que importa es lo que se hace con ellas”.

(José Luis Borges)



Capítulo 2

MODELOS INTERPRETATIVOS del Síndrome de Burnout

2.1. Introducción.

Los planteamientos teóricos que se han considerado en la revisión bibliográfica de esta Tesis, para explicar el Síndrome de Burnout, provienen principalmente de la Psicología Social y de las Organizaciones, debido a que los intentos de elaborar modelos explicativos desde la Psicología Clínica (Teoría Psicoanalítica), no han tenido una continuidad posterior relevante (Fischer, 1983).

Concretamente, en los años setenta, los modelos que se enmarcaban en la perspectiva Psicoanalítica, describían los rasgos de personalidad que propiciaban el elegir una profesión considerada de ayuda, destacando la importancia de las necesidades insatisfechas desde la infancia y el propio sufrimiento en la elección de una profesión con tintes asistenciales (Freudenberger, 1980; Fischer, 1983), situando el énfasis en las variables individuales y de personalidad que lo favorecían.

A mediados de los años ochenta, fueron los modelos sociales los que alcanzaron un mayor auge en la explicación del Síndrome de Burnout, concretamente, las Teorías Sociocognitivas del yo (Bandura, 1989; Cherniss, 1993; Harrison, 1983; Thompson et al., 1993) y Teorías del Intercambio Social (Buunk y Schaufeli, 1993; Hobfoll y Fredy, 1993).

En los años noventa, adquiere relevancia la Teoría Organizacional (Cox et al., 1993; Golembiewski et al., 1983; Winnubst, 1993), en la que se destaca la importancia de los estresores del contexto de la organización como, por ejemplo, la estructura organizacional, el clima, las disfunciones de rol o el apoyo social.

Por último, y debido a que se considera que una única perspectiva no parece dar una explicación completa y satisfactoria sobre la etiología del Síndrome de Burnout, se adopta un Enfoque Transaccional (Gil-Monte y Peiró, 1999) para integrar en un

modelo, variables aportadas en las tres perspectivas anteriores: personales, sociales y organizacionales.

Por tanto, la presentación de los modelos interpretativos del Síndrome de Burnout que se recogen en este estudio, desde marcos teóricos más amplios, están estructurados en las siguientes líneas (Véase Tabla 2.1.):

- **Teoría Sociocognitiva del Yo:** Resalta la importancia de las variables personales en la etiología del Síndrome, enfatizándose variables como los sentimientos de competencia (Harrison, 1983), el sentido existencial que se alcanza mediante la realización del trabajo (Pines, 1993), la autoeficacia (Cherniss, 1993) y el nivel de autoconciencia (Thompson et al., 1993).
- **Teoría del Intercambio Social:** Hace hincapié en los procesos de interacción social y sus consecuencias para los profesionales, resaltando la importancia que tiene la percepción de relaciones equitativas por parte del sujeto (Buunk y Schaufeli, 1993) y que éstas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida (Hobfoll y Fredey, 1993).
- **Teoría Organizacional:** Destaca la importancia de las variables del entorno laboral en la etiología del Síndrome, especialmente las disfunciones de rol (Golembiewski et al., 1983), los problemas derivados del tipo de estructura y clima organizacional (Winnubst, 1993) y la importancia de las estrategias de afrontamiento (Cox et al., 1993; Golembiewski et al., 1983).
- **Enfoque Transaccional:** Recoge en un modelo el papel que las variables personales, organizacionales y las estrategias de afrontamiento tienen en el proceso del estrés laboral. En concreto, en la etiología del Síndrome, se considera la importancia de las variables cognitivas del “yo” relacionadas

directamente con el desempeño laboral (autoconfianza), el papel de algunas variables del entorno organizacional, como son las disfunciones del rol (ambigüedad y conflicto de rol) o los estresores derivados de las relaciones interpersonales (falta de apoyo social en el trabajo) y la importancia de las estrategias de afrontamiento (de carácter activo y de evitación) (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Tabla 2.1. Modelos interpretativos del Síndrome de Burnout.

MARCOS TEÓRICOS	MODELOS INTERPRETATIVOS
Teoría Sociocognitiva del Yo	Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)
	Modelo de Pines (1993)
	Modelo Explicativo de Cherniss (1993)
	Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)
Teorías del Intercambio Social	Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)
	Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy (1993)
Teoría Organizacional	Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)
	Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)
	Modelo de Winnubst (1993)
Teoría Transaccional	Modelo de Gil-Monte y Peiró (1999)

2.2. Modelos elaborados desde la Teoría Sociocognitiva del Yo.

Están basados en el trabajo desarrollado por Albert Bandura (1989), los cuales se caracterizan por dos parámetros principales:

- Las cogniciones de los individuos: Las cuales influyen en lo que perciben y hacen, y que se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás; y

- b. La creencia o grado de seguridad, por parte de un sujeto, en sus propias capacidades: Lo cual determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos, la facilidad o dificultad en conseguirlos y las reacciones emocionales que acompañan a la acción.

No obstante, aunque este planteamiento se considera la base de los modelos elaborados desde la Teoría Sociocognitiva del Yo, cada uno de ellos aporta su propia explicación teórica, resaltando determinadas variables que les caracterizan (Véase Tabla 2.2.).

Tabla 2.2. Variables determinantes en los modelos elaborados desde la Teoría Sociocognitiva del Yo.

MODELO	VARIABLES
Modelo de Competencia Social Harrison (1983)	Motivación para ayudar Sentimientos de competencia Eficacia percibida Factores de ayuda Factores barrera
Modelo de Pines (1993)	Sentido existencial Motivación
Modelo Explicativo de Cherniss (1993)	Compromiso (objetivos) Esfuerzo (sujeto) Sentimientos de éxito/ fracaso Autoestima Satisfacción/implicación laboral Motivación
Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)	Demandas (tarea) y recursos (sujeto) Nivel de autoconciencia (self-focus) Expectativas de éxito Sentimientos de autoconfianza

2.2.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).

Desde este modelo, se asume que la mayoría de las personas que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivadas, siendo las circunstancias de su entorno laboral las que modularán esta motivación primaria.

En este sentido, aquellas circunstancias que facilitan la actividad del sujeto (factores de ayuda) la aumentarán, mientras que aquellas que la dificulten (factores barrera) la reducirán. Entre estos factores se encuentran la toma de decisiones, la capacitación profesional (conocimientos y preparación), objetivos laborales realistas, ambigüedad de rol, disponibilidad y disposición de los recursos, sobrecarga laboral, retroalimentación recibida, nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, entre otros.

Los sentimientos de competencia y la eficacia percibida son algunos de los principales factores asociados al Síndrome de Burnout, señalando que la eficacia en la consecución de los objetivos laborales va a estar predeterminada por la motivación que el sujeto tenga, es decir, a mayor motivación mayor eficacia laboral. Por tanto, cuando un sujeto se encuentra en su entorno laboral factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, puesto que el sujeto no acaba de conseguir sus objetivos y afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Cuando esta situación se mantiene en el tiempo, aparece el Síndrome de Burnout, que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar.

Si por el contrario, el sujeto está rodeado de factores de ayuda se producirá el efecto inverso, es decir, la efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del sujeto. A su vez, dichos sentimientos son altamente reforzantes, por lo que mantendrán e incrementarán la eficacia percibida e influirán de manera positiva en la motivación para ayudar (Véase Figura 2.1.).

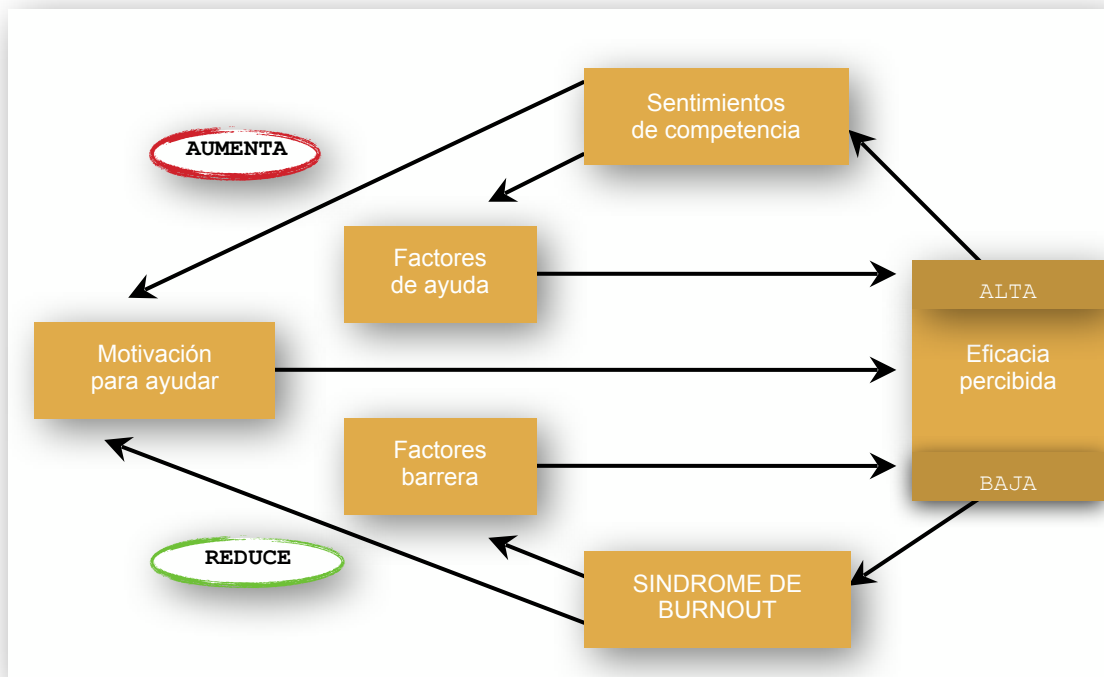


Figura 2.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).

2.2.2. Modelo de Pines (1993).

El desarrollo del Síndrome de Burnout, parte de sujetos que están muy motivados por su labor y que se identifican altamente con su trabajo, atribuyéndole un significado existencial. Cuando fracasan en alcanzar sus objetivos, se frustran sus expectativas y sienten que no es posible realizar una contribución significativa a la vida.

Este planteamiento es similar al modelo de Harrison (1993), aunque se consideran dos conceptos claves:

- Motivación.
- Sentido existencial, para hacer referencia a aquellos casos en que los profesionales justifican su existencia por la labor (humanitaria y de ayuda) que desarrollan en su puesto de trabajo.

Por tanto, el Síndrome de Burnout es el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de un sentido existencial en sujetos altamente motivados, por lo que sólo los sujetos que intenten darle un sentido existencial a su trabajo llegarán a padecer el Síndrome, mientras que las consecuencias que puede experimentar un sujeto que no esté inicialmente muy motivado será estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no Síndrome de Burnout.

2.2.3. Modelo Explicativo de Cherniss (1993).

Este modelo se fundamenta en el planteamiento formulado por Hall (1976) y las ideas de Bandura (1989) sobre autoeficacia percibida para explicar la etiología del Síndrome de Burnout. Desde esta perspectiva, se conceptualiza al Síndrome en un marco de interacciones en el que las fuentes de estrés que están en su base, se relacionan con la influencia del marco laboral, las características de la persona y el cambio de actitudes de la misma:

- El marco laboral, es un agente potencial en el que se destacan: Orientación, carga de trabajo, estimulación, ámbito de clientes y contactos, autonomía, estilo de dirección y supervisión, y existencia de aislamiento social;
- La persona, cuenta con otros factores potenciadores o inhibidores del estrés: Orientación profesional, apoyos de los que se dispone y demandas existentes fuera del trabajo; y
- Cambio de actitudes, dando lugar a diversas posibilidades de variación en: Las metas laborales, la responsabilidad personal de los resultados, el idealismo/realismo ante el trabajo, la indiferencia emocional, la mayor o menor alienación en el trabajo o los auto-intereses. Según sean estos cambios, las fuentes de estrés decrecerán o se incrementarán dando lugar, en este último caso, a la posible aparición del Síndrome de Burnout (Cherniss, 1980b, 1980c).

De manera concreta, cuando una persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito en la realización de una tarea, su motivación y satisfacción laboral aumentan (independientemente de la realización objetiva alcanzada), influyendo estos sentimientos subjetivos de éxito en que el sujeto alcance objetivos, se implique en el trabajo y su autoestima aumente. Por el contrario, cuando el sujeto experimenta sentimientos de fracaso disminuye su ejecución, aumenta su apatía y desinterés, desprecia el valor de las recompensas intrínsecas del puesto adquiriendo más valor el aspecto material, pone en marcha mecanismos de defensa para defender su autoconcepto, provoca enfrentamientos con la organización y se retira emocionalmente, incluso llegando a abandonar su ocupación (Hall, 1976).

Estos sentimientos de fracaso son los que se corresponden con las dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, porque los describen adecuadamente, mientras que las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el Síndrome son aquellas que facilitan que el sujeto desarrolle sentimientos de éxito, es decir: Un alto nivel de desafío del puesto, autonomía y control, apoyo social del supervisor y compañeros, y retroalimentación de los resultados (Véase Figura 2.2).

En este modelo se señala que es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el Síndrome de Burnout. Para ello recurre al concepto de autoeficacia percibida de Bandura (1989), entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan. Asumiendo que en la etiología del Síndrome tiene un papel central la autoeficacia, se puede explicar porqué ciertas características del entorno laboral (por ejemplo, una baja autonomía) conducen especialmente a padecerlo. El éxito y el logro de los objetivos aumentan los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en la consecución de estos objetivos propuestos conlleva sentimientos de fracaso, y una baja percepción de autoeficacia, pudiendo derivar en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

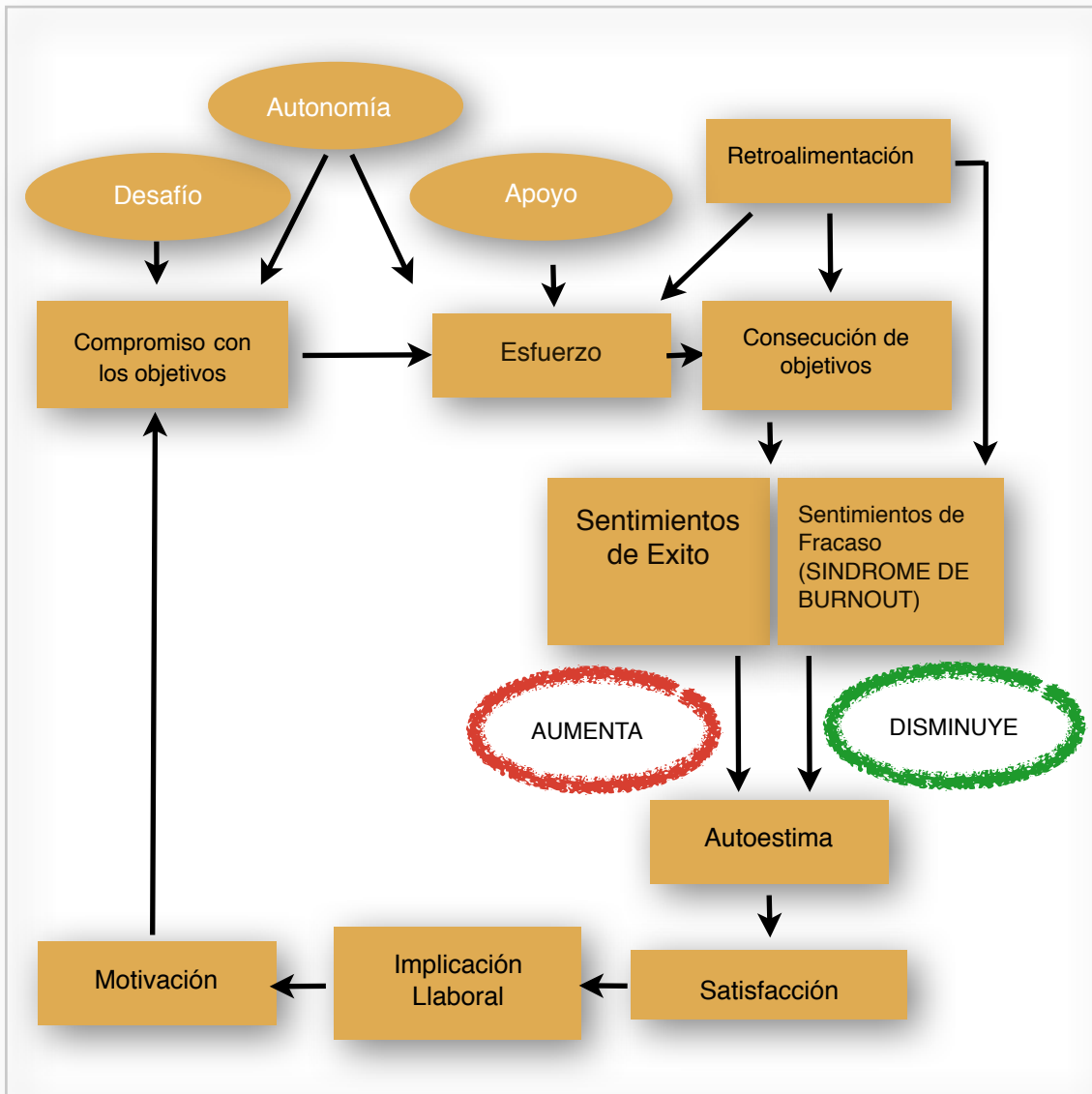


Figura 2.2. Modelo Explicativo de Cherniss (1993).

A se vez, se establece una relación de unión entre los sentimientos de autoeficacia, compromiso y motivación, y entre la primera y el estrés. La relación entre autoeficacia y estrés se explica de la siguiente manera: Cuando los sujetos perciben una buena autoeficacia se muestran más resistentes al estrés en las situaciones de amenaza, y a su vez, las situaciones son menos estresantes cuando los sujetos creen que pueden afrontarlas de manera exitosa. Puesto que el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés, la relación entre autoeficacia y estrés sugiere también relación con el Síndrome.

2.2.4. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).

Partiendo del modelo de autocontrol de Carver y Scheier (1982) para explicar el proceso de estrés, Thompson et al. (1993) definen la etiología del Síndrome de Burnout atendiendo a cuatro variables:

- Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- El nivel de autoconciencia (self-focus) del sujeto, considerada como un rasgo de personalidad y entendida como la capacidad del sujeto de autorregular sus niveles de estrés percibidos durante el desarrollo de una tarea dirigida a alcanzar un objetivo.
- Las expectativas de éxito.
- Los sentimientos de autoconfianza.

El reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y los recursos, puede intensificar el nivel de autoconciencia en algunos sujetos, afectando negativamente a su estado de ánimo (afecto), que consecuentemente repercutirá en una falta de confianza percibida para resolver tales discrepancias y en bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo.

A su vez, aquellos sujetos que presentan una alta autoconciencia, se caracterizan por una tendencia acusada a autoperibirse y concentrarse en su experiencia de estrés, percibiendo mayores niveles de estrés que aquellos sujetos con una autoconciencia baja. Cuando los intentos de alcanzar los objetivos propuestos son frustrados, los sujetos que presentan un alto rasgo de autoconciencia y pesimismo, tienden a resolver las dificultades retirándose de manera mental o conductual de la situación conflictiva.

Las conductas de retiro son las que se equiparan a las de Despersonalización, puesto que se observa en los profesionales una tendencia a abandonar los intentos de reducir las discrepancias percibidas en la consecución de los objetivos. En cambio, cuando

los sujetos no pueden llevar a cabo estas conductas de abandono, aparece el retiro psicológico como respuesta a los sentimientos de desamparo profesional, encuadrándose en este tipo de retiro los sentimientos de Cansancio Emocional (Véase Figura 2.3.).

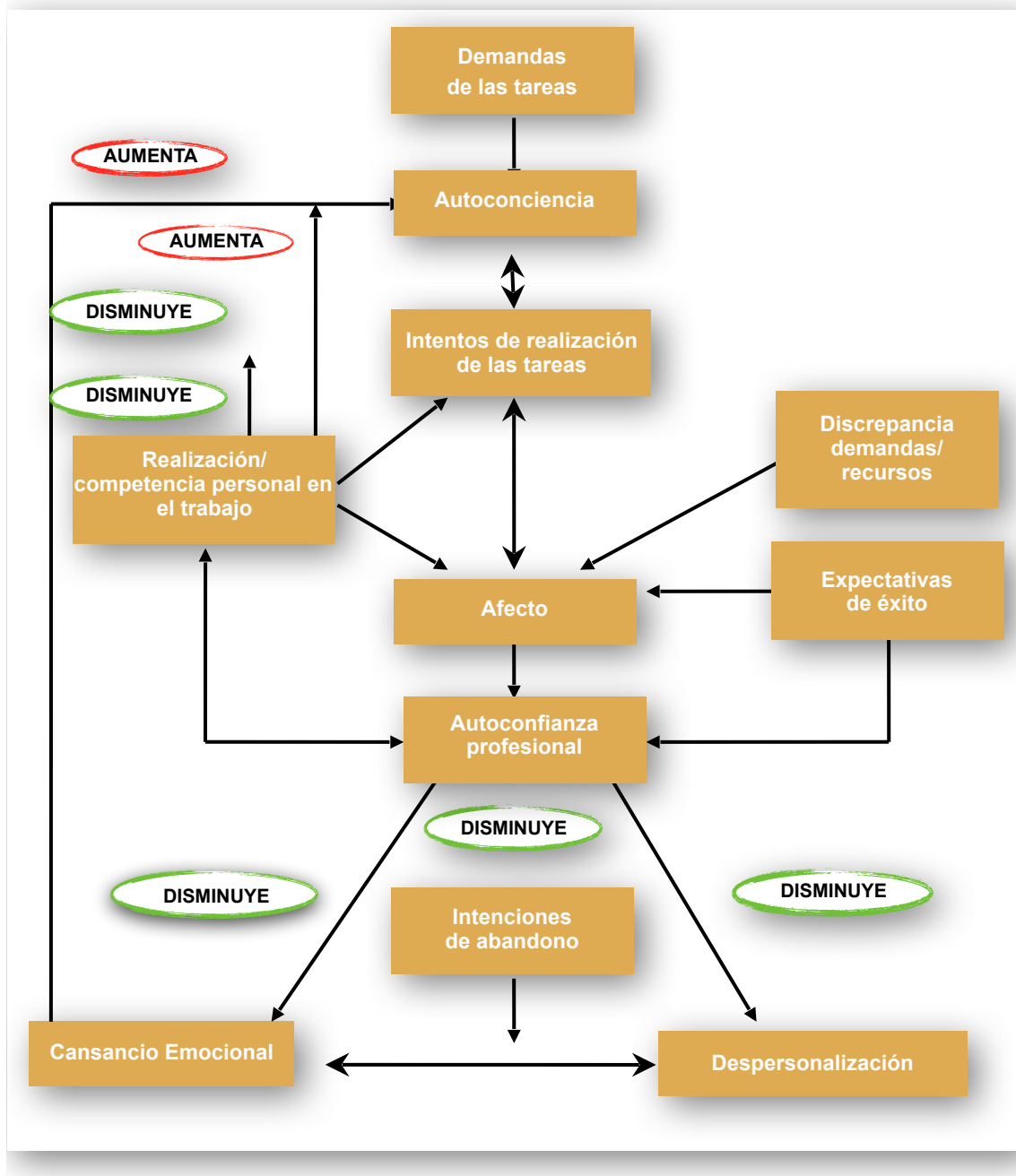


Figura 2.3. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).

La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en aquellos profesionales que permanecen en sus puestos, potencia el retiro del esfuerzo que deberían dirigir en la resolución de las discrepancias, lo que implica una forma de distanciamiento frente a la experiencia o riesgo de experimentar emociones negativas. Los altos niveles de autoconciencia, por un lado, aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida y, por otro lado, la predisposición a adoptar unas expectativas optimistas de éxito en la resolución de las discrepancias, pudiendo reforzar la confianza de los sujetos en su habilidad para reducir dichas discrepancias existentes y así, promover su persistencia en los intentos de minimizarlas.

2.3. Modelos elaborados desde las Teorías del Intercambio Social.

Estos modelos se fundamentan en los principios teóricos de la Teoría de la Equidad (Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la Teoría de la Conservación de Recursos (Modelo de Hobfoll y Fredey, 1993).

De manera general, proponen que el Síndrome de Burnout tiene su etiología, principalmente, en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social, cuando se establecen relaciones interpersonales.

En este sentido, si los sujetos perciben de manera continuada que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán el Síndrome de Burnout.

No obstante, cada uno de los modelos elaborados desde las Teorías del Intercambio Social introduce una serie de variables que los diferencia entre sí (Véase Tabla 2.3.).

Tabla 2.3. Variables determinantes en los modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

MODELO	VARIABLES
Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)	Procesos de intercambio social con los pacientes Procesos de filiación y comparación social con los compañeros. Variables de personalidad
Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy (1993)	Pérdida/ganancia de recursos Corte motivacional

2.3.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).

Formulan su modelo para explicar la etiología del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Concretamente, en esta categoría profesional establecen un doble origen: Por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros, siendo la respuesta a los estresores las dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, las cuales tienen consecuencias tanto para el individuo como para la organización, incluyendo la influencia de las variables de personalidad (Véase Figura 2.4).

Dentro de los estresores del contexto laboral de los profesionales de enfermería, se atienden dos tipos de procesos:

a) Procesos de intercambio social con los pacientes: Donde se identifican tres variables estresoras relevantes para el desarrollo del Síndrome:

- *Incertidumbre*: Falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar. No alude a la información disponible en el entorno laboral (al contrario que la ambigüedad de rol).

- *Percepción de equidad*: Equilibrio percibido entre lo que los sujetos dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones.
- *Falta de control*: Posibilidad por parte del sujeto de controlar los resultados de sus acciones laborables.

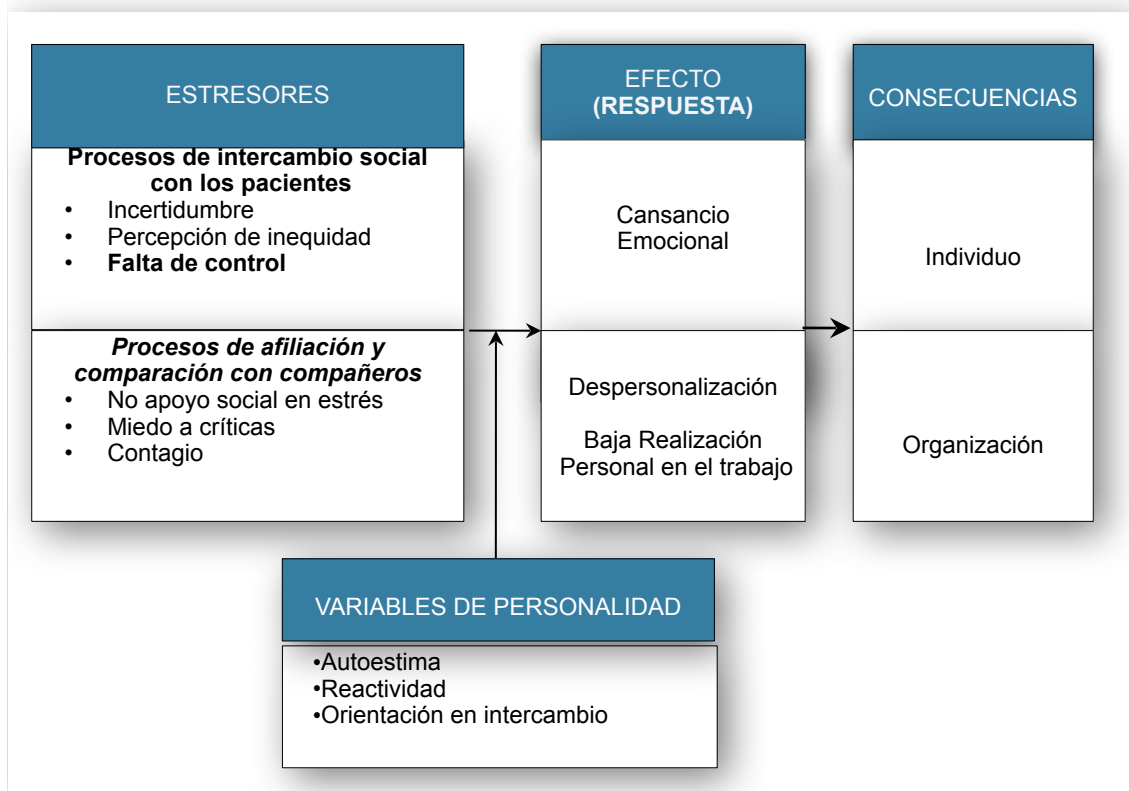


Figura 2.4. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).

El rol de enfermería genera bastante incertidumbre, debido a que los profesionales experimentan dudas con cierta frecuencia sobre hasta qué punto se deben implicar con los pacientes, cómo tratar sus problemas, e inseguridad sobre si su modo de hacer las cosas es el adecuado. A su vez, las expectativas de recompensa y equidad aparecen frustradas frecuentemente, pues la interacción con los pacientes no resulta recompensante porque suelen estar ansiosos y preocupados.

Además, existen una serie de variables que no pueden ser controladas por estos profesionales: la cooperación de los pacientes y su recuperación o muerte, las decisiones médicas y administrativas, los procedimientos burocráticos, la falta de apoyo social, y los conflictos con los médicos y con los compañeros.

b) Procesos de afiliación y comparación social con los compañeros: En este tipo de proceso serían tres variables las que se señalan:

- *No apoyo social.*
- *Miedo a críticas.*
- *Contagio.*

Los profesionales de enfermería, en situaciones de estrés, no buscan apoyo social, sino que por el contrario, evitan la presencia de los compañeros y rehúyen su apoyo por miedo a ser criticados o etiquetados de incompetentes. En estos casos, el apoyo social de los compañeros adquiere un rol contraproducente, puesto que las interacciones amenazan la autoestima de los sujetos. Junto a la falta de apoyo social que contribuye al desarrollo del Síndrome de Burnout, los procesos de afiliación social también llevarían a situaciones de contagio, en el sentido de que las personas que presentan altas necesidades de comparación social adoptarían los sentimientos o actitudes del Síndrome que perciben en sus compañeros.

La relación entre estas variables antecedentes y las dimensiones del Síndrome de Burnout, se encontrarían modulados por las siguientes variables de personalidad:

- Sentimientos de autoestima.
- Niveles de reactividad del sujeto: La intensidad de la respuesta del sujeto ante estímulos internos y externos.

- Orientación en el intercambio: Predisposición de los individuos hacia la reciprocidad, la recompensa inmediata y equivalente, o no aceptar favores que no puedan ser devueltos a corto plazo.

En relación a las dimensiones del MBI, los autores indican que el Síndrome tiene un doble componente: Emocional (Cansancio Emocional) y Actitudinal (baja Realización Personal en el trabajo y Despersonalización).

En este sentido, los sentimientos de Cansancio Emocional son entendidos como una reacción ante el Estrés Laboral determinada por características individuales; la Despersonalización es una estrategia de afrontamiento ante los sentimientos de Cansancio Emocional, caracterizada por el desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes y se da, preferentemente, entre los profesionales de enfermería que presentan una fuerte necesidad de reciprocidad en las relaciones sociales; y los sentimientos de baja Realización Personal en el trabajo, se caracterizan por una actitud negativa hacia sí mismo en relación al desempeño del trabajo, entendiéndose como una estrategia de afrontamiento ante los sentimientos de Cansancio Emocional, pero asociada a la existencia de bajos niveles de autoestima.

Este modelo se ha confirmado parcialmente en trabajos de carácter empírico, los cuales han considerado relacionados con el Síndrome de Burnout: La incertidumbre, la falta de equidad y de apoyo social (Buunk, Schaufeli y Ybema, 1994; Dierendonck et al., 1994).

2.3.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy (1993).

Está basado en la Teoría de Conservación de Recursos elaborada por Hobfoll (1989), para explicar el desarrollo del estrés, el cual surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado.

Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores, al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional, subrayando la importancia de las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y de sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia (Hobfoll y Fredy, 1993).

En este modelo, los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos, dado que es más importante tener unos niveles mínimos, que conseguir recursos extras. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del Síndrome de Burnout. No obstante, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdida.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores, también influirá sobre el Síndrome de Burnout. En este sentido, y dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo, disminuirá el riesgo de padecerlo, pues conllevan una ganancia de recursos.

Por tanto, se señala que para prevenir el Síndrome, hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajo y, en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones de los trabajadores. Si éstos consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los que ya poseen, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva y, consecuentemente, disminuirán los niveles de estrés percibido y del Síndrome de Burnout.

2.4. Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional.

Los modelos basados en la Teoría Organizacional, incluyen como antecedentes del Síndrome de Burnout las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Pertenecen a este grupo: 1) El modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), que destaca las disfunciones de los procesos de rol y, de manera especial, la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del Síndrome; 2) El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), que resalta la importancia de la salud de la organización; y por último 3) El modelo de Winnubst (1993), que enfatiza la importancia de la estructura y el clima organizacional, en relación con el modelo de Mintzberg (1979) que hace especial hincapié a la cultura empresarial (Véase Tabla 2.4.).

Tabla 2.4. Variables determinantes en los modelos elaborados desde la Teoría Organizacional.

MODELO	VARIABLES
Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)	Sobrecarga laboral Pobreza de rol Distanciamiento constructivo/contraproduktivo
Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)	Antecedentes situacionales e individuales Evaluación cognitiva y experiencia de estrés Salud de la organización Bienestar general
Modelo de Winnubst (1993)	Antecedentes (Estructura, Cultura, Clima y Apoyo Social) Burocracia mecánica Burocracia profesionalizada

Todos estos modelos se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante el Síndrome de Burnout, como respuesta al Estrés Laboral (Gil-Monte y Peiró, 1999).

2.4.1. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

Los autores parten de la concepción del Síndrome de Burnout que ofrece el MBI (Maslach y Jackson, 1981), entendiendo que la dimensión que mejor describe y predice su aparición es la Despersonalización, seguida de la falta de Realización Personal y, por último, el Cansancio Emocional.

Dicotomizan las puntuaciones obtenidas en el Inventario en altas y bajas, lo que combinado con las tres subescalas citadas del MBI, en el orden indicado, se obtiene ocho configuraciones del Síndrome que denominan fases y que clasifican de la I (bajas puntuaciones en todas las dimensiones) a la VII (altas puntuaciones en todas las dimensiones) (Véase Tabla 1.2. del Capítulo 1).

El Síndrome de Burnout es definido como un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo, como una forma de respuesta al Estrés Laboral y a la tensión que les genera, diferenciándose las tres dimensiones. Concretamente, en relación al Síndrome de Burnout, el estrés está generado básicamente por situaciones de:

- *Sobrecarga laboral*: Cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo.
- *Pobreza de rol*: Cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo.

En ambos casos, los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de Estrés Laboral, el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante.

Dicho distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía) o, por el contrario, un carácter contraproducente (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato o ignorar a la persona). En este segundo caso se habla de Síndrome de Burnout, pues el distanciamiento contraproducente se corresponde con la variable considerada como actitudes de Despersonalización.

En un primer momento, aunque el trabajador busca resolver las situaciones de forma constructiva, la persistencia de las condiciones de sobrecarga o pobreza de rol, le llevan a tratar a los demás como objetos (actitudes de Despersonalización que corresponden a la primera fase del episodio del Síndrome). Posteriormente, el trabajador desarrollará una experiencia de baja Realización Personal en el trabajo y, a más largo plazo, Cansancio Emocional.

Cuando el trabajador se encuentra en las fases avanzadas del Síndrome, y como consecuencia de éste, disminuye su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad. También experimenta más tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hilles y Daly, 1987).

Por último, señalar que los autores de este modelo plantean desde el principio que, para comprender el Síndrome de Burnout, habría que estudiar las cogniciones que el individuo realiza ante los eventos aversivos generadores del Síndrome. A su vez, detallan que el Síndrome no es exclusivo de aquellos profesionales que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo, sino que se puede desarrollar en todo tipo de profesiones (por ejemplo, directivos, vendedores o profesiones que no trabajan en servicios), a diferencia de lo que indican otros autores (Cox et al., 1993; Maslach y Jackson, 1981).

2.4.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).

Aborda el Síndrome de Burnout desde la perspectiva transaccional del Estrés Laboral (Cox, 1978; Cox y Mackay, 1981), entendiendo al primero como una respuesta del segundo que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador (específicamente entre profesionales de los servicios humanos), no resultan eficaces para manejar el Estrés Laboral y sus efectos, siguiendo la misma línea de los trabajos de Leiter y colaboradores (Leiter, 1989; Leiter y Maslach, 1988).

Entre las variables que se incluyen en el Modelo Transaccional se encuentran “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Dichas variables (indicadores de bienestar) son una parte de la respuesta al Estrés Laboral y están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador. Señalan que la experiencia de Cansancio Emocional (dimensión central del Síndrome de Burnout), está teórica y empíricamente relacionada con “sentirse gastado”, y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar (Véase Figura 2.5.).

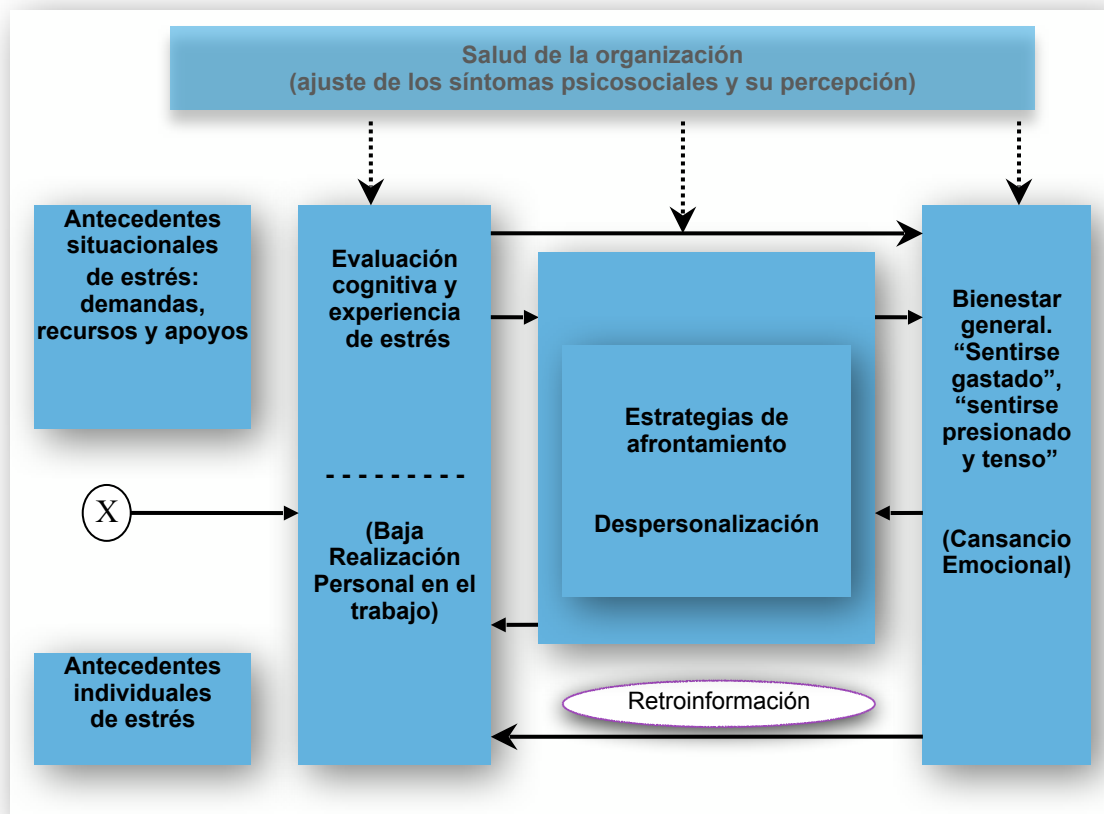


Figura 2.5. Adaptación del Modelo Transaccional de Cox, Kuk y Leiter (1993).*

* Las variables salud de la organización, Despersonalización y baja Realización Personal en el trabajo han sido incorporadas al modelo siguiendo el texto original (tomado de Gil-Monte y Peiró, 1997).

La Despersonalización es considerada como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de Cansancio Emocional, mientras que los sentimientos de baja Realización Personal en el trabajo, son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas.

A su vez, los autores hipotetizan que la “Salud de la organización” puede ser una variable moduladora de la relación Estrés-Síndrome de Burnout. Esta variable viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos son percibidos coherentemente por sus miembros. Este constructo ha sido identificado como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta desarrollada por los trabajadores ante el estrés. Aunque no existe evidencia empírica, apuntan que la Realización Personal en el trabajo, podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de Cansancio Emocional ejercen sobre las actitudes de Despersonalización .

2.4.3. Modelo de Winnubst (1993)

Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo, como variables antecedentes del Síndrome de Burnout. Este autor, considera que el Síndrome afecta a todo tipo de profesionales (y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda), y señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes:

- *Burocracia mecánica*: Se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización. Refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas.
- *Burocracia profesionalizada*: Se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización. Refuerza la creatividad y la autonomía.

Los antecedentes del Síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el Síndrome de Burnout es causado por el Cansancio Emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la estructura. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas, el Síndrome está causado por la relativa laxitud de esa estructura, que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales (Véase Figura 2.6).

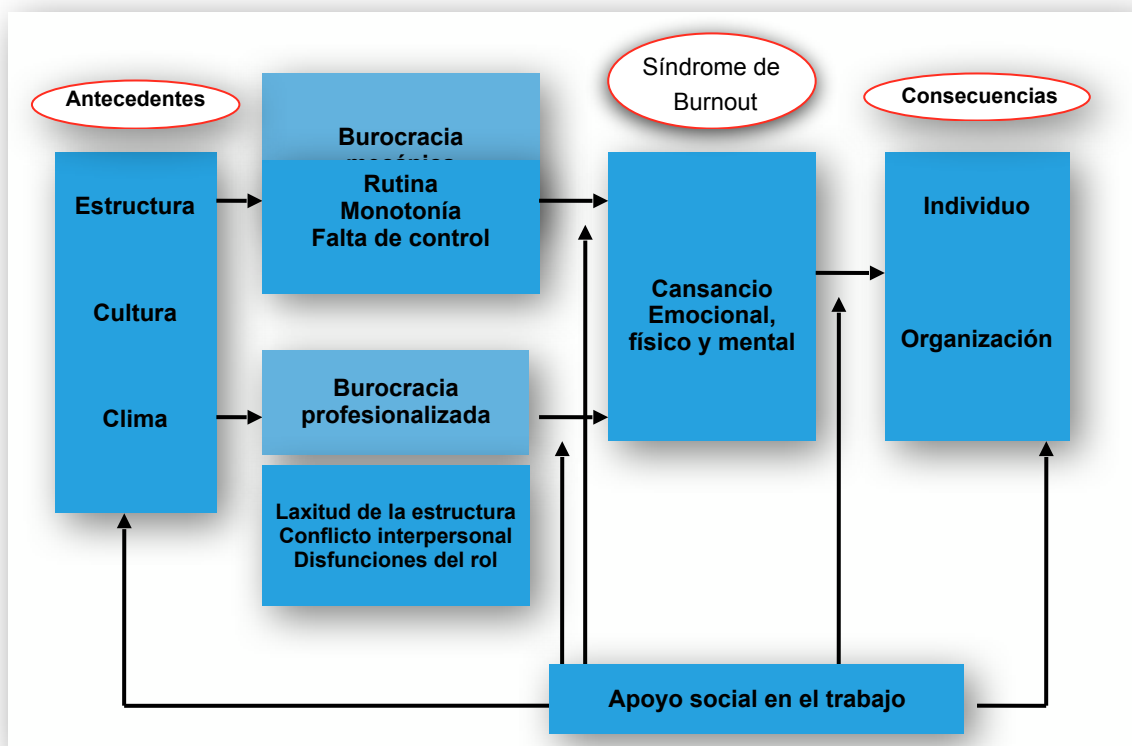


Figura 2.6. Modelo de Winnubst (1993).

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical y el apoyo social es, en su mayor parte, de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más

importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical, siendo el apoyo social, en mayor medida, de tipo emocional e informal.

Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional. En este sentido, puesto que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a su influencia sobre el Síndrome.

En conclusión, este modelo se basa en cuatro supuestos:

1. Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
2. Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral, por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
3. Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social, se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
4. Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y Síndrome de Burnout.

2.5. Enfoque Transaccional.

El modelo transaccional del estrés centra su atención en los procesos cognitivos, evaluativos y motivacionales que intervienen entre el estresor y la reacción del individuo. El núcleo de esta aproximación transaccional es que el estímulo potencialmente estresante puede llevar a respuestas emocionales diferentes, en función de las evaluaciones cognitivas realizadas por el individuo acerca de la situación y sus recursos.

Una ventaja importante de esta aproximación, es que pone de manifiesto los procesos psicológicos que median los efectos de los estresores sobre el bienestar, siendo un

término interesante, dentro de este campo, el de equilibrio. En este sentido, el estrés puede ser considerado como una transacción entre las demandas y limitaciones externas, apoyos, recursos internos y valores, en la cual el individuo se esfuerza para mantener la balanza en equilibrio (Cox y MacKay, 1981).

En esta línea, se defiende que sólo se caracteriza adecuadamente el estrés, si se toma en consideración tanto la situación ambiental, como la particular relación en la que se encuentra el individuo respecto de esa situación a lo largo del tiempo (Lazarus y Folkman, 1984).

También, se define el estrés como cualquier característica del ambiente laboral que suponga una amenaza para el individuo (ya sean demandas excesivas o recursos insuficientes para cubrir sus necesidades), refiriéndose a un desajuste entre la persona y su ambiente (Caplan, Cobb, French, Harrison y Pinneau, 1976).

Por último, otra conceptualización del estrés es considerarlo como el resultado de que las demandas ambientales excedan las capacidades y recursos de la persona, bajo condiciones en las que las consecuencias de cumplir, o no cumplir las demandas, pueden producir una diferencia sustancial en recompensas o costes (McGrath, 1976).

Actualmente, esta perspectiva transaccional es la concepción más extendida del estrés, focalizada en los procesos cognitivos, evaluativos y mediacionales que intervienen entre el estresor y la reacción de estrés.

2.5.1. La perspectiva de Gil-Monte y Peiró (1999).

Siguiendo esta misma línea, Gil-Monte y Peiró (1999) plantean una perspectiva como resultado de sus estudios (Gil-Monte, 1994; Gil-Monte y Peiró, 1996; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1993), en los que los análisis de regresión concluyen que el Síndrome de

Burnout puede ser integrado en los Modelos Cognitivos y en el Modelo Transaccional de Estrés Laboral de Cox y Mackay (1981).

En un principio, elaboran un modelo estructural sobre la etiología, proceso y consecuencias del Síndrome de Burnout, conceptualizado como una respuesta al Estrés Laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese Estrés Laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, entre otras) (Gil-Monte y cols., 1995)

Desde esta configuración del Síndrome de Burnout, se integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el Estrés Laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998).

Esta Tesis se apoya en esta perspectiva del Síndrome de Burnout, porque se entiende que tanto las Variables Personales como las Laborales pueden incidir en el inicio y desarrollo del Síndrome. La base de fundamentar el estudio en un modelo amplio, responde a poder realizar un diseño de investigación que además de permitir analizar los Desencadenantes y Facilitadores (Variables Laborales y Personales) comúnmente estudiados en relación al Síndrome de Burnout, se obtenga si existe algún Rasgo de Personalidad más acentuado en aquellos profesionales en los que el Síndrome de Burnout ya está presente.

Capítulo 3

DESENCADENANTES del Síndrome de Burnout

Variables Laborables

3.1. Introducción.

Los Desencadenantes del Síndrome de Burnout, se consideran como aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ámbito laboral, denominados en este estudio [Variables Laborales](#). Se entiende que, dichas variables, anteceden a la ocurrencia del Síndrome y pueden ayudar a comprender mejor el origen del mismo.

Los trabajos que se han centrado en el estudio de los Desencadenantes del Síndrome de Burnout son muchos, siendo complicado plantear un análisis exhaustivo de todas las Variables Laborales que se han descrito en la literatura.

Si se atiende a la diversidad de estudios que han demostrado una relación significativa entre los Desencadenantes y el Síndrome de Burnout, los planteamientos oscilan desde que se considere que en la generación, desarrollo y mantenimiento del Síndrome tenga un predominio decisivo las variables organizacionales (Maslach y Leiter, 1997) hasta posturas más radicales, en las que se exponen que los factores organizacionales son la causa principal en su configuración (Moreno-Jiménez y Oliver, 1993), o explicar su origen desde factores exclusivamente laborales y organizacionales (Olabarria, 1995).

Puesto que el Síndrome de Burnout es considerado una respuesta al Estrés Laboral, el punto de partida es revisar la diversidad establecida en torno a las taxonomías de la naturaleza de los estresores laborales y, con el objetivo de clasificarlos, se han manejado distintas categorías, niveles y formas de organización de las variables asociadas al Estrés Laboral, aunque la forma de agruparlas y de conceptualizarlas se aleja mucho de ser unívoca (Véase Tabla 3.1.).

Tabla 3.1. Clasificaciones de los estresores laborales.

<i>Autor-Año-Término</i>		<i>Estresores Laborables</i>
Cooper y Marshall (1978)	Categorías	1) Factores intrínsecos al puesto y condiciones de trabajo 2) Rol en la organización 3) Relaciones sociales en el trabajo 4) Desarrollo de la carrera 5) Estructura y clima organizacional 6) Fuentes extra-organizacionales como los problemas familiares 7) Características personales
Quick y Quick (1984)	Demandas	1) De la tarea 2) Del rol 3) Físicas 4) Interpersonales
Ivancevich y Matteson (1980)	Niveles	1) Ambiente físico 2) Nivel individual (rol y desarrollo de la carrera) 3) Nivel grupal (relaciones interpersonales, presiones del grupo) 4) Nivel organizacional (estructura, clima, diseño del puesto)
Ivancevich y Matteson (1987)	Variables	1) Biológicas-demográficas: edad, sexo, raza, ocupación 2) Cognitivo-afectivas: nivel de necesidades, autoestima, tolerancia a la ambigüedad, lugar de control y tipo de personalidad
Warr (1987)	Categorías	1) Oportunidad de control 2) Oportunidad para el uso de las habilidades 3) Objetivos de trabajo externamente generados 4) Variedad 5) Claridad ambiental 6) Disponibilidad económica 7) Seguridad física 8) Oportunidad para los contactos interpersonales 9) Posición social valorada
Burke (1988)	Categorías	1) Ambiente físico 2) Estresores de rol 3) Estructura organizacional y características del puesto 4) Relaciones con otros 5) Desarrollo de la carrera 6) Conflicto trabajo-familia
Peiró (1992)	Categorías	1) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral 2) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera 3) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales 4) Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia

En la presentación de este Capítulo se ha seguido la clasificación aportada por Peiró (1992)* (Véase Figura 3.1.), quién establece cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de Estrés Laboral.
- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera. Dentro de la variable relacionada con el desempeño de roles, se ha incluido la variable que afecta a la Categoría Profesional del trabajador.
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
- Fuentes extra organizacionales de Estrés Laboral: Relaciones trabajo-familia (no se desarrollan en este Capítulo, sino en el siguiente, centrado en los Facilitadores del Síndrome de Burnout).

La inclusión de Categoría Profesional, responde a la necesidad de tener en cuenta el concepto de estresor ocupacional, puesto que existen discrepancias en considerar las profesiones relacionadas con el Síndrome de Burnout.

Es decir, una serie de autores defienden que se puede desarrollar en todo tipo de profesionales (Golembiewski et al., 1983), mientras que otros autores señalan que exclusivamente lo padecerán aquellos sujetos que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo (Cox et al., 1993; Maslach y Jackson, 1981).

* Se establece una modificación, en este trabajo, de la clasificación de Peiró (1992) con la inclusión de la variable Categoría Profesional, desarrollada en el epígrafe Desempeño de roles.

D E S E N C A D E N A N T E S



Figura 3.1. Desencadenantes del Síndrome de Burnout.

En este sentido, se ha tratado de investigar con diversas estrategias las consecuencias de los diferentes estresores ocupacionales, sin alcanzar consenso en el significado específico del término "estresor ocupacional":

- Por un lado, se han estudiado dos grandes configuraciones ocupacionales que estructuran situaciones estresantes: Las de los trabajadores de cuello blanco y las de mono azul, partiendo del supuesto de que estos dos grupos de ocupaciones, se desarrollan en contextos que presentan estresores, en parte diferentes. Así como los primeros se caracterizarían por estresores de rol, desarrollo de la carrera, sobrecarga cualitativa y otros de carácter social, los

segundos vendrían marcados por estresores del ambiente físico (ruido, temperatura, contaminación, entre otros), sobrecarga cuantitativa, monotonía y falta de control sobre el trabajo. Sin embargo, esta distinción resultaría inadecuada para caracterizar con precisión los antecedentes relevantes de las experiencias de Estrés Laboral y sus consecuencias (Wallace, Levens y Singer, 1988); y

- Por otro lado, el análisis se ha llevado a cabo mediante el nivel de ocupación, desarrollándose numerosos estudios sobre estresores específicos de diferentes ocupaciones (profesores, enfermeras, médicos o policías) aportando resultados útiles en la identificación y definición de estresores específicos de cada una de las profesiones. En otros trabajos realizados, especialmente con una metodología epidemiológica, la ocupación se ha considerado como variable clasificatoria, partiendo del supuesto de que las diferentes ocupaciones representan configuraciones diferentes de estresores.

Ante esta diversidad de planteamientos, toma relevancia el argumento de Fletcher (1988), el cual defiende que es más importante determinar qué factores o características del puesto de trabajo producen consecuencias de estrés negativas, que considerar los patrones predominantes de consecuencias para diferentes ocupaciones.

Siguiendo esta línea, se entienden los factores psicosociales como las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, contenido del puesto, realización de la tarea y el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras. Las expresiones “organización del trabajo” y “factores organizativos” se utilizan, muchas veces, de manera intercambiable con factores psicosociales para

hacer referencia a las condiciones de trabajo que pueden conducir al estrés (Sauter, Hurrell, Murphy y Levi, 2001).

Los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la Calidad de Vida Profesional del individuo. En el primer caso, contribuyen positivamente al desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables, tienen consecuencias perjudiciales para su salud y para su bienestar. En este caso, se habla de factores de riesgo psicosocial o fuentes de estrés laboral y tienen el potencial de causar daño psicológico, físico o social a los individuos. Son numerosos los estudios que han concluido que los riesgos psicosociales son agentes capaces de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño del trabajo e incluso fuera de él (Dollard, LaMontagne, Caulfield, Blewett y Shaw, 2007; Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006).

En los últimos años, el paso a una perspectiva biopsicosocial de la salud ha supuesto una mayor apreciación de la relevancia del Estrés Laboral. En concreto, se han señalado tres grupos principales de transformaciones sociolaborales, vinculados al ámbito laboral sanitario y a los estresores laborales (especialmente relevantes para la salud médica): a) Una mayor sobrecarga en la atención a los pacientes, lo que ha derivado en el aumento de la carga emocional y mental; b) Mayores exigencias macroeconómicas, que han implicado un incremento de las exigencias de adaptación de los trabajadores sanitarios; y c) Un empeoramiento de las condiciones laborales actuales, lo que ha supuesto incrementos en los turnos de trabajo, escasa promoción, movilidad descende o forzosa, cambios de oficio o profesión, desempleo eventual y prejubilaciones sin causas relacionadas con la enfermedad (Fernández-López, Siegrist, Ròdel y Hernández-Mejía, 2003). Como consecuencia conjunta de todo ello, se ha producido un aumento de la tasa del Síndrome de Burnout.

A su vez, puesto que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se registra en profesionales que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su Calidad de Vida Laboral también conlleva repercusiones sobre la sociedad en general, por lo que resulta necesario considerar los aspectos del bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la Calidad de Vida Laboral y el estado de salud física y emocional que conlleva tiene repercusiones sobre la organización, entre otros: absentismo, productividad y calidad (Peiró, 1992).

Por tanto, el último apartado del presente Capítulo se centra en el concepto de Calidad de Vida Laboral, asumiendo que es necesario que se den unas condiciones para poder hablar de la existencia de dicha calidad en un determinado contexto laboral (Variables Laborales), constituyéndose como dimensiones y, por tanto, en indicadores de ésta.

Por último, se desarrolla el procedimiento de evaluación de las Variables Laborales que se han analizado, en este estudio, tratando de establecer cierto paralelismo con los ítems del Cuestionario Sociodemográfico y Laboral y el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35), instrumentos empleados en la recogida y análisis de datos de los Desencadenantes del Síndrome de Burnout.

3.2. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de Estrés Laboral.

3.2.1. Ambiente físico del lugar de trabajo.

Las condiciones ambientales son fundamentalmente los agentes que rodean a la persona en su lugar de trabajo, y que pueden generar insatisfacción, discomfort y afectar a la salud del trabajador.

En ocasiones, los trabajadores se encuentran con riesgos de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura o radiaciones), químicos (gases o vapores), biológicos (infecciones virales y bacterianas) y relacionados con la fatiga (riesgos posturales o cargas excesivas), así como disposiciones de espacio físico (ausencia de intimidad o hacinamiento) y de los elementos necesarios para desarrollar el trabajo (pantallas de ordenador, equipos e instrumentos inadecuados o deficiencias de mantenimiento), susceptibles de convertirse en fuentes de estrés (Bueno y Celma, 1999; Sebastián, 1995).

El ruido ambiental debe permitir la concentración, la atención y la comunicación de los trabajadores. En el lugar de trabajo, el ruido puede aislar a los trabajadores, incrementar el número de fallos y de accidentalidad, dificultar la comunicación, enmascarar otras señales auditivas del entorno e incidir negativamente en el nivel de satisfacción y en la productividad. Además interfiere en la actividad mental provocando fatiga, irritabilidad, dificultad de concentración y baja la tolerancia a la frustración.

Concretamente, en relación al Síndrome de Burnout se ha obtenido que el nivel de ruido procedente de teléfonos, visitas a los pacientes y aparatos de monitorización, puede ser un Desencadenante, por ejemplo en profesionales de enfermería, y que junto con la sensibilidad del trabajador al nivel de ruido, aumenta significativamente los sentimientos de Cansancio Emocional medidos mediante el MBI (Topf y Dillon, 1988).

La iluminación, el nivel de vibraciones (Oborne, 1983) y la temperatura (Ramsey, 1983) del lugar de trabajo, deben adecuarse a la tarea que realiza el trabajador, puesto que influirá en la salud y bienestar psicológico. Por ejemplo, una iluminación inadecuada en el trabajo puede implicar una situación molesta y un sobreesfuerzo para el trabajador, teniendo consecuencias negativas para la visión, dolores de cabeza, fatiga visual, tensión y frustración (Poulton, 1978).

En relación a las condiciones higiénicas en el lugar de trabajo, no son siempre adecuadas y satisfactorias, pudiendo producir irritación y frustración, circunstancias como la falta de ventilación o la suciedad (Herzberg, Mausner y Snyderman, 1959).

En general, el confort físico percibido por el sujeto en el lugar de trabajo, es un predictor significativo del Síndrome de Burnout y, en especial, de baja Realización Personal en el trabajo (Savicki y Cooley, 1987). A nivel de variables relacionadas, las condiciones ambientales del trabajo y la identificación con el paciente son las variables que más influencia tienen en la aparición del Síndrome en una muestra de médicos, siendo ambas características dependientes del trabajo, aunque en la identificación con el paciente, la variabilidad personal es importante (Herschbach, 1991).

3.2.2. Características del puesto de trabajo: Demandas y contenidos.

Entre las demandas estresantes del puesto del trabajo que pueden desencadenar el Síndrome de Burnout se encuentran: Turnos rodados de trabajo o nocturno, exposición a riesgos y peligros o sobrecarga laboral. En relación a los generados por los contenidos del puesto se destacan los siguientes: Oportunidad de la persona para emplear las habilidades adquiridas, variedad e identidad en las tareas a realizar o retroinformación ("feedback") recibida sobre la actividad. A continuación, se desarrollan dichas variables.

3.2.2.1. Demandas estresantes del puesto del trabajo.

- **Trabajo por turnos y nocturno.**

Este tipo de trabajo influye en los ritmos neurofisiológicos y circadianos (temperatura corporal, índice metabólico y concentración de azúcar en sangre, eficiencia mental) pudiendo dar lugar a problemas de sueño y fatiga, los cuales son valorados por los profesionales como una importante fuente de estrés (Blasco, Irlés y Huet, 1996; Gracia, Peiró y Ramos, 1996).

A su vez, es frecuente que los trabajadores sometidos a este tipo de horarios, se quejen de aislamiento social debido a la dificultad de mantener una vida familiar y social normal en estas circunstancias (Daleva, 1988).

No obstante, en relación al turno de noche, los resultados obtenidos en un hospital de Barcelona no difieren con respecto a otros estudios realizados en diferentes hospitales, destacando únicamente que los profesionales tienen unos niveles más altos de Cansancio Emocional y de Despersonalización, pudiéndose deber al trabajo en horario nocturno pero, no existen grandes diferencias entre los trabajadores de turno de noche y los de día, comparándolos con otros estudios (Andujar, Vallés, Casanova, De los Riscos y Modesto, 2008).

Por último, señalar que los horarios inherentes a las guardias se asocian con el Cansancio Emocional y la Despersonalización en profesionales médicos de Atención Primaria (Esteva, Larraz, Soler y Yaman, 2005; Prieto y cols., 2002).

- Exposición a riesgos o peligros.

Algunos trabajos presentan un mayor nivel de exposición a riesgos o peligros, siendo la percepción de dichos riesgos y el constante recuerdo de las medidas de seguridad a adoptar, los que pueden producir mayor o menor ansiedad en el trabajador, repercutiendo en las propias conductas de seguridad, rendimiento y bienestar psicológico. A su vez, los accidentes o enfermedades sufridas incrementan el estrés de los compañeros y tiene un impacto negativo, más o menos grave y permanente, en los trabajadores que lo padecen (Peiró, 2005).

- Sobrecarga laboral.

Entendida tanto cuantitativa como cualitativamente, el exceso de trabajo puede ser una fuente de Estrés Laboral. La sobrecarga cuantitativa hace referencia al exceso de actividades a realizar en un determinado periodo de tiempo, mientras que la cualitativa

responde a las excesivas demandas en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador (Peiró, 2005).

La sobrecarga laboral es un estresor significativo asociado a una variedad de reacciones de deterioro psicológico, incluyendo el Síndrome de Burnout, en diferentes muestras de trabajadores (Greenglass, Burke y Moore, 2003), llegándose a considerar que en los contextos laborales caracterizados por la sobrecarga de trabajo, las puntuaciones de Síndrome de Burnout serán siempre elevadas (Burke y Richardsen, 1996). Incluso se apoya la idea de que el Síndrome de Burnout es una respuesta a la sobrecarga laboral (Maslach et al., 2001).

Diferentes estudios señalan que, con independencia del área ocupacional, la sobrecarga laboral percibida es un Desencadenante importante del Síndrome de Burnout, especialmente un incremento de los niveles de Cansancio Emocional (Dick y Wagner, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997, 1999; Janssen, Schaufeli y Houkes, 1999; Lackritz, 2004; Leiter, 1991).

No obstante, no sólo es la dimensión del Cansancio Emocional la que se encuentra en relación con la sobrecarga laboral percibida sino que, por ejemplo, en estudios realizados con profesionales de enfermería, se han obtenido relaciones entre la percepción de sobrecarga laboral y bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo. En este sentido, la sobrecarga laboral puede suponer no atender adecuadamente a los pacientes, recibir quejas de los familiares o de los propios pacientes por falta de atención, cometer errores en la administración de medicamentos o conflictos con los compañeros que tienen que desempeñar tareas que no se han cubierto en su turno. Este tipo de situaciones con carácter crónico, pueden generar sentimientos de falta de aptitud profesional, baja autoconfianza profesional derivando consecuentemente en una baja Realización Personal en el trabajo (Richardsen, Burke y Leiter, 1992).

A su vez, la sobrecarga laboral unida a la autoeficacia, se consideran predictores significativos de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería (Gil-Monte, García-Juesas y Caro, 2008).

Por último, es importante señalar en relación a la variable sobrecarga laboral, que el extremo opuesto también puede desencadenar estrés, es decir, la falta de carga de trabajo. En este sentido, la asignación de pocas tareas durante el día (cuantitativamente), tareas en exceso simples, rutinarias y aburridas en relación a las habilidades y destrezas del trabajador, pueden ser causa de Estrés Laboral (Peiró, 2005).

3.2.2.2. Contenidos del puesto del trabajo.

- Oportunidad para emplear las habilidades adquiridas.

La oportunidad que ofrece el trabajo para que la persona pueda utilizar y desarrollar sus propias habilidades, es otra característica relevante para el bienestar psicológico, o por el contrario, para el desarrollo de Estrés Laboral. Dichas oportunidades, podrán convertirse en fuente de estrés tanto por exceso como por defecto, estando muy relacionada esta variable con el nivel ocupacional, es decir, a mayor nivel ocupacional aumentan las oportunidades para el uso de las habilidades en el puesto de trabajo (Peiró, 2005).

En diversos estudios, se han mostrado relaciones positivas de esta variable con la satisfacción laboral, y relaciones negativas con la ansiedad, depresión, irritación y quejas somáticas. Por ejemplo, desde un supuesto no lineal se confirmó esta hipótesis para la satisfacción laboral, autoestima y quejas somáticas, estando menos claras las relaciones con la ansiedad y la depresión asociadas con el trabajo (Dijkhuizen, 1980).

- Retroinformación (“feedback”) recibida sobre el desempeño laboral.

En el marco laboral, el “feedback” de las tareas se puede definir como el grado en que la realización de las actividades requeridas por el puesto, proporciona a la persona información clara y directa sobre la eficacia de su desempeño (Hackman y Oldham, 1980).

La investigación realizada muestra que, en general, los trabajadores que reciben “feedback” presentan, por un lado, mayores niveles de satisfacción y de motivación intrínseca, mientras que por otro lado, sus niveles de Cansancio Emocional son más bajos, en comparación con aquellos profesionales que desempeñan puestos en los que esta retroalimentación falta o es insuficiente. A su vez, en otros estudios se han obtenido correlaciones significativas y negativas entre el “feedback” y depresión, e inestabilidad emocional (Peiró, 2005).

- Variedad e identidad de las tareas a realizar.

La variedad en la tarea hace referencia a la novedad y al cambio en un determinado entorno o ambiente, mientras que la variedad en el trabajo contempla dos sentidos: Intrínseca, que se define como el grado en que un trabajo requiere diferentes actividades para llevarlo a cabo, implicando el uso de diferentes habilidades y talentos por parte del trabajador; y Extrínseca, que hace referencia a aspectos del trabajo no relacionados con la tarea, sino con otros aspectos del entorno (por ejemplo, música ambiental o variedad en la iluminación).

El concepto de identidad de la tarea, hace referencia al grado en que un trabajo requiere la realización de una tarea global e identificable, es decir, realizar una unidad de trabajo con sentido, desde el comienzo hasta el final, y con un resultado visible (Hackman y Oldham, 1980). Los resultados muestran que existe una tendencia a valorar las situaciones ambiguas como amenazantes, aumentando la vulnerabilidad al estrés (Cebriá y cols., 2001).

3.3. Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.

El rol puede ser definido como un conjunto de expectativas y demandas, sobre las conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición (persona focal). Estas expectativas y demandas, son emitidas por las personas o grupos que son afectados de alguna manera por la conducta de la persona focal, y tienen o pretenden tener, la capacidad de influir sobre la conducta de aquella, emitiendo para ello expectativas y demandas. El rol se elabora y se desempeña en el marco de la interacción social que protagonizan la persona focal y los emisores de rol que componen el conjunto de rol (Peiró y González- Romá, 1991).

En el puesto de trabajo, así como en la vida en general, todo individuo cumple un rol, el cuál debe estar definido y claro, para que tanto las expectativas como las demandas sean acordes con dicho papel y no se convierta en un Desencadenante de estrés, concretamente estrés de rol, llegándose a considerar la variable de mayor poder explicativo del Síndrome de Burnout y de cada una de sus dimensiones (Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000a).

Una posible explicación de cómo las relaciones interpersonales y la posibilidad de desarrollo de la carrera profesional pueden actuar como Desencadenantes del Síndrome de Burnout, se puede encontrar en la revisión de los modelos basados en las Teorías del Intercambio Social (Véase Capítulo 2), los cuales sitúan el origen del Síndrome de Burnout, en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que tiene el trabajador, como resultado del proceso de comparación social cuando establece relaciones interpersonales (Buunk y Schaufeli, 1993). A su vez, consideran que si los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben, como puede ser el desarrollo profesional en su carrera, sin ser capaces de resolverlo adecuadamente, desarrollarán el Síndrome de Burnout (Hobfoll y Fredey, 1993).

3.3.1. Desempeño de roles.

3.3.1.1. Estrés de rol.

El rol de cada trabajador es el patrón de comportamiento que se espera de quien desempeña un puesto de trabajo con independencia de la persona que sea, es decir, es el conjunto de expectativas sobre conductas asociadas con el puesto laboral, tanto por parte de él mismo, como de los demás. Dentro del constructo de estrés de rol se distinguen tres componentes (Casas, Repullo y Lorenzo, 2002):

- *Ambigüedad de rol:* Se refiere a la situación que vive el trabajador cuando no tiene suficientes puntos de anclaje para desempeñar su labor o bien estos no son adecuados. Se genera cuando no están claramente definidas las tareas o hay falta de definición por información incompleta, poco concisa y muy cambiante sobre los objetivos del trabajo, las responsabilidades, la comunicación y las relaciones, la autoridad y los procedimientos. El trabajador con ambigüedad de rol, vive en la incertidumbre, no sabe qué se espera de él, es decir, no tiene configurado con claridad cuál es su rol en la empresa.
- *Conflicto de rol:* Se produce cuando hay demandas o exigencias en el trabajo, que son entre sí incongruentes o incompatibles para realizar el trabajo, ya sea por expectativas divergentes dentro de la propia organización, incompatibilidad temporal, conflictos con el propio sistema de valores y creencias o conflicto entre los distintos roles individuales.
- *Sobrecarga de rol:* En el mundo laboral de hoy, existen ocupaciones que demandan un elevado número de horas de trabajo (en ocasiones, con una gran responsabilidad) y, en otros casos, las dificultades económicas hacen que el trabajador sea pluriempleado. Esta acumulación de deberes y demandas por el desempeño de uno o varios roles, tanto cuantitativa como cualitativa, se

denomina sobrecarga de rol. Todos estos trabajadores tienen dificultad para conciliar la vida laboral y familiar.

Diferentes estudios relacionan la aparición del Síndrome de Burnout con la ambigüedad y conflicto de rol (Burke y Greenglass, 1994; Friedman, 1991; Gil-Monte y Peiró, 1996; Greenglass, 1991; Jackson y Schuler, 1983; Jones, 1993; Lee y Ashforth, 1993a; Maslach y Jackson, 1984; Pretorius, 1993), mientras que otra serie de trabajos han encontrado correlaciones con la sobrecarga de rol (Ayuso y López, 1993; Burke y Greenglass, 1994; Cordes y Dougherty, 1993; Friesen y Sarros, 1989; Leiter, 1988; Papadatou, Anagnostopoulos y Monos, 1994; Sandoval, 1993; Sarros, 1988a; Sarros y Friesen, 1987).

En relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout, la presencia de altos niveles de conflicto de rol se asocia al Cansancio Emocional y al desarrollo de conductas de Despersonalización, aunque no en una disminución de la Realización Personal en el trabajo (Friesen y Sarros, 1986), mientras que la ambigüedad de rol provoca un impacto significativo en la Realización Personal en el trabajo (Firth et al., 1987).

Con carácter predictivo de cada una de las dimensiones, se establece que la ambigüedad de rol es un predictor significativo de la Realización Personal en el trabajo, mientras que el conflicto de rol lo sería de la dimensión Cansancio Emocional (Gil-Monte y Peiró, 1997). Sin embargo, en otros estudios en los que se analizan la relación existente entre factores socio-organizacionales, actitudinales y laborales con el Síndrome de Burnout, encuentran que sólo la antigüedad en el servicio y el conflicto de rol predicen significativamente la aparición del Síndrome (Montalbán, Bonilla e Iglesias, 1996).

No obstante, a diferencia del concepto de sobrecarga laboral en el que se establecía la independencia de la ocupación laboral, la intensidad de las relaciones entre las

disfunciones del rol y las dimensiones del Síndrome de Burnout evaluadas mediante el MBI, parece estar ligeramente afectada en función del sector profesional del cual proceden las muestras de los estudios. En este sentido, por ejemplo, la relación entre ambigüedad de rol y Cansancio Emocional se mostraba más intensa en profesionales de la educación, que en el caso de profesionales de enfermería, mientras que en estos últimos, la relación entre ambigüedad de rol y bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo era más intensa que en los anteriores (Gil-Monte, 1994).

Este tipo de estudios, confirman la necesidad de tener en cuenta las particularidades de los diferentes roles profesionales, cuando se diseñan los estudios y se interpretan los resultados obtenidos en la diversidad de colectivos, por lo que se ha considerado relevante incluir un apartado concreto que aborde la incidencia del Síndrome de Burnout atendiendo a la Categoría Profesional, haciendo especial hincapié en las profesiones que se desarrollan en el ámbito de la salud.

3.3.1.2. Categoría Profesional.

Los trabajadores que pueden ser susceptibles del Síndrome de Burnout se encuentran, con mayor frecuencia, entre aquellas ocupaciones en las que se presta una atención constante y directa de ayuda a personas, como es el caso de las profesiones sanitarias, sociales o educativas, y son algunos de estos trabajadores los que pueden desarrollar sentimientos cada vez más negativos hacia los pacientes, usuarios o alumnos. Aunque este Síndrome se ha considerado como exclusivo de servicios sanitarios, servicios sociales, instituciones docentes y servicios de seguridad, lo cierto es que el Síndrome ha sido descrito en otras profesiones (Elloy, Terpening y Kohls, 2001).

A este respecto, incluso existen estudios que analizan las diferencias en los niveles del Síndrome de Burnout entre diferentes colectivos. Por ejemplo, Lozano y cols. (2007)*

* Las diferencias se establecen entre la siguiente muestra: Población general (N=71), policías (N=102), sanitarios (N=95) y docentes (N=74).

comparan en tres profesiones los valores obtenidos en las dimensiones del Síndrome, obteniendo que el colectivo de profesionales sanitarios es el que tiene los niveles más altos en la dimensión Cansancio Emocional en relación con el resto de grupos profesionales considerados. En esta dimensión, el grupo de docentes tiene la siguiente puntuación más alta, claramente por encima de las muestras de policías y población general. En la dimensión de Despersonalización, los valores más altos son los obtenidos por el colectivo de policías seguido del grupo de sanitarios. En cuanto a la Realización Personal, son los policías los que se sienten más realizados en su trabajo, puntuando en segundo lugar el grupo de población general, seguido por los docentes y, en último lugar, los sanitarios.

Estos datos están en consonancia con otros resultados de investigación publicados, en los que se señala que las bajas puntuaciones del grupo de policías resultan de los aspectos positivos que estos profesionales encuentran en su propio trabajo, aspectos satisfactorios de su contacto con ciudadanos y, al final, un buen ajuste persona-trabajo, lo que es un protector contra el padecimiento del Síndrome de Burnout (Newman y Rucker-Redd, 2004; Storh y Panzarella, 1996).

Por otra parte, existen trabajos en los que se informa de un escalamiento en un continuo de bienestar psicológico de los colectivos profesionales considerados, en los que cabe resaltar que las puntuaciones más altas serían las de los docentes seguidos por las de los policías, siendo los menos favorecidos en este aspecto los que pertenecen al colectivo de sanitarios (Johnson, Cooper, Cartwright, Donald, Taylor y Millet, 2005).

No obstante, si se analizan los índices de prevalencia del Síndrome de Burnout se encuentran resultados dispares, tanto en diferentes categorías profesionales como en la misma (profesionales de la salud), dependiendo del estudio realizado (Véase Tabla 3.2.) e incluso de las zonas geográficas. Por ejemplo, en Holanda se estima que entre el 4% y el 7% de la población podrían sufrir niveles graves de Síndrome de Burnout

(Schaufeli y Enzmann, 1998). Porcentajes cercanos al 7% se han estimado en Suecia (Hallsten, 2005) y un 2,4% en Finlandia (Honkonen et al., 2006) los casos graves del Síndrome en población trabajadora.

Tabla 3.2. Prevalencia del Síndrome de Burnout en función de la Categoría Profesional.

Profesiones	Autores	Categoría Profesional	Síndrome de Burnout
Profesionales de la salud	- Maslach y Jackson (1982)	Enfermeras	20- 35%
	- Henderson (1984)	Médicos	30- 40%
	- García-Izquierdo (1991)	Enfermeras	17%
	- Fernández (1992)	Personal hospitalario	41,6%
	- Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos	50%
	- Caballero y cols. (2001)	Personal sanitario	43,9%
	- Albaladejo y cols. (2004)	Personal de enfermería de un hospital	30%
	- Grau y cols. (2009)	Profesionales sanitarios	11,4%
Otras profesiones	- Kyriacou (1980)	Profesores	25%
	- Pines et al. (1981)	Diversas profesiones	45%
	- Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12- 40%
	- Jorgesen (1992)	Estudiantes de enfermería	39%
	- Price y Spence (1994)	Policías y personal sanitario	20%
	- Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román (2005)	Monitores y educadores para personas discapacitados	11,70%

Debido a que este estudio se realiza sobre profesionales sanitarios, se ha considerado interesante dejar patente la investigación realizada sobre este tipo de profesiones consideradas de riesgo (Caballero y cols., 2001; De las Cuevas, 1994; De las Cuevas y cols., 1995) sin entrar a analizar de una manera pormenorizada el resto de profesiones.

Los médicos son una de las profesiones de la salud que se encuentran afectados por el Síndrome de Burnout y sobre los cuáles, se han generado numerosos estudios (Álvarez y Fernández, 1991a; Daniel, 1995; Deckard et al., 1994; Díaz e Hidalgo, 1994; Freeborn, 2001; Henry, Chertok, Keys y Jegerski, 1991; McMurray, Linzer,

Konrad, Douglas, Shugerman y Nelson, 2000; Mingote, Moreno y Gálvez, 2004; Pines y Maslach, 1978; Ulwelling y Christensen, 2001), y de manera específica en Atención Primaria (Esteve y cols., 2005; Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003; Oliver, González y Martínez, 1999; Prieto y cols., 2002; Sobrequés, Cebrià, Segura, Rodríguez, García y Juncosa, 2003), siendo un denominador común de estos estudios la falta de consistencia clara en la relación entre las variables demográficas y el Síndrome de Burnout, obteniendo resultados dispares.

Determinadas características estresantes de las condiciones de trabajo médicas están relacionadas frecuentemente con un amplio abanico de síntomas físicos y psíquicos que repercuten en la salud del profesional médico, en la propia organización, en la satisfacción laboral y en la calidad asistencial prestada (Alonso y Pozo, 2001; Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa, Rodríguez-Carvajal y Morante, 2005; Rodríguez-Marín, 1995; Sánchez, De Lucas, García-Ochoa, Sánchez, Jiménez y Bustinza, 2001; Sobrequés y cols., 2003). Entre ellas pueden citarse la relación con los pacientes y sus familiares, el contacto diario con la muerte y el dolor, la responsabilidad sobre la salud de terceros, el trabajo a turnos y nocturno, la presión asistencial y cargo de trabajo, la presión social, el enfrentamiento a situaciones de emergencia, el desajuste de expectativas y situaciones de organización como la falta de promoción, la inequidad en el trato o los problemas con supervisores.

En esta misma línea acerca de la influencia del tipo de trabajo que se realiza, siendo médico, se constata que entre los principales factores que contribuyen al Síndrome de Burnout se encuentra la administración de cuidados paliativos o terminales, concretamente en oncólogos (Whippen y Canellos, 1991). No obstante, en general, todo personal sanitario que trabaja con enfermos oncológicos, se expone diariamente a un proceso sentimental y emocional desgarrador por parte de los enfermos y sus familiares, por lo que las variables laborales específicas de estas profesiones en la generación y desarrollo del Síndrome de Burnout, son muy importantes (Flores, 2002).

La respuesta a estas situaciones crónicas de estrés puede llevar al desarrollo del Síndrome de Burnout, el cual está muy extendido entre la profesión médica, aunque existen diferencias en la bibliografía sobre los porcentajes de médicos afectados. Algunas estimaciones oscilan entre el 30 y el 40% (Henderson, 1984), otras revisiones lo elevan al 50% de los médicos en algún momento de su carrera profesional (Deckard et al., 1994) y, en población médica española, se han señalado prevalencias que van del 25% a casi el 70% (Cebriá, 2003). No obstante, las noticias publicadas en prensa española pueden llegar a señalar cifras superiores, ampliando esta información en las conclusiones finales del Capítulo 11 del presente trabajo.

El área de enfermería ha generado también una gran cantidad de investigaciones (García-Izquierdo, 1991; Gil-Monte, 2001; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Lloret, González-Roma y Peiró, 1995; Maslach y Jackson, 1984), describiendo esta profesión como la más vulnerable para padecer Síndrome de Burnout (Fernández, 1992; Gil-Monte y Schaufeli, 1991). E incluso, uno de los modelos explicativos del Síndrome, concretamente el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) está basado en profesionales de enfermería, diferenciando dos tipos de procesos, dentro de los estresores de su contexto laboral: Procesos de intercambio social con los pacientes y procesos de afiliación y comparación con los compañeros (Véase Capítulo 2). Las condiciones laborales que afectan a estos profesionales en el desempeño de su trabajo son muy similares a las características descritas en los médicos, por lo que no se vuelven a desarrollar específicamente en este ámbito.

Los pediatras tienen la responsabilidad sobre la salud integral de niños y adolescentes, estando enmarcada habitualmente la relación médico-paciente-familia en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción, con demanda de implicación emocional en los problemas de los pacientes. El trabajo pediátrico presenta continuas interrupciones y reorganizaciones, viéndose condicionado por el exceso de ingresos mediante la vía no programada sino “urgente”, motivando falta de control sobre el

contenido y la planificación del trabajo, entre otros (Gil-Monte y Marucco, 2008), detectándose el Síndrome de Burnout entre estos profesionales, en los que destaca la falta de Realización Personal en el trabajo, sobre las demás dimensiones (López, Rodríguez, Fernández, Marcos, Martínón y Martínón, 2005).

En relación a los profesionales del ámbito de la salud mental destaca que se pueden considerar también profesiones de riesgo, e incluso en algunos estudios, se refiere que constituyen uno de los colectivos de trabajadores de la salud más afectados por el estrés (De las Cuevas, 2003) y se señalan niveles altos de Síndrome de Burnout en los psiquiatras y psicólogos que trabajan en unidades de salud mental y en centros psiquiátricos (Álvarez y Fernández, 1991b). Concretamente, el profesional que atiende a un paciente con una adicción, tiene que manejar niveles de frustración de alguna manera más intensos que con otro tipo de pacientes, ya que el porcentaje de recaídas por la naturaleza misma de la enfermedad, tiende a ser alto y el nivel de dificultad de su tratamiento es mayor (De las Cuevas, 2003). No obstante, en la investigación inicial de la que parte esta Tesis, estos profesionales no fueron incluidos dentro de la muestra, por lo que no contamos con datos al respecto.

3.3.2. Relaciones interpersonales.

Las personas tienen, entre otras, la necesidad de relacionarse socialmente, lo que es fuente de motivación del comportamiento. Por ello, las relaciones interpersonales en el trabajo (con superiores, subordinados, compañeros y usuarios o clientes) y grupales (equipos de trabajo, de departamento, de área) generalmente son valoradas positivamente teniendo en cuenta tanto el aspecto cuantitativo como el cualitativo, pero también pueden llegar a convertirse en un Desencadenante de estrés.

La dinámica de una organización se explica a partir de las relaciones interpersonales que se forman dentro de una estructura jerárquica y organizada. En este contexto de interacción, algunos trabajos favorecen el establecimiento de relaciones

interpersonales tan intensas que contribuyen a la aparición del Síndrome de Burnout (Zellars y Perrewé, 2001), pudiendo provocar la disminución de los niveles de bienestar de los trabajadores (Zapf, Dormann y Frese, 1996). Por otro lado, el estilo de supervisión, el tipo de trato y la comunicación, son factores que influyen en el grado de satisfacción y de estrés en los trabajadores (Ariazeta, Portillo y Avestrán, 2001).

Entre los procesos psicosociales más importantes que contribuyen al desarrollo del Síndrome de Burnout y sus consecuencias, se ha identificado la calidad de las relaciones interpersonales dentro del grupo de trabajo, puesto que son fundamentales para el bienestar psicológico del individuo dentro de la organización, y están positivamente relacionados con la satisfacción laboral (Payne, 2001).

Concretamente, la rivalidad entre los compañeros, la falta de apoyo emocional o la falta de relaciones entre iguales, son una potencial fuente de estrés (Beehr, 1985), la falta de cohesión del grupo puede ser una variable añadida como Desencadenante del Síndrome de Burnout (Gaines y Jermier, 1983; Savicki y Cooley, 1987; Wade et al., 1986) así como la percepción de falta de reciprocidad en los intercambios sociales (Gil-Monte, 2001). Como variable predictora del Síndrome se ha considerado la falta de empatía (Firth et al., 1987).

En relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout, las relaciones interpersonales de carácter formal (por necesidades de la tarea), aumentan los sentimientos de Cansancio Emocional, mientras que las relaciones de carácter informal aumentan los sentimientos de Realización Personal en el trabajo (Leiter, 1988). Los conflictos interpersonales son un antecedente significativo de Cansancio Emocional y de Realización Personal en el trabajo, mientras que el Cansancio Emocional y la Despersonalización lo son de los problemas de salud (Grau, Gil-Monte, García y Figueiredo, 2009).

Empleando el MBI como instrumento de medida del Síndrome de Burnout, los resultados indican correlaciones significativas de signo positivo entre la estimación global del Síndrome y las relaciones deterioradas con el personal de la organización y con los usuarios (Dignam, Barrera y West, 1986).

Varios estudios de carácter transversal, han obtenido que existe una relación positiva y significativa con la percepción de falta de reciprocidad en los intercambios sociales y las dimensiones del MBI (positiva con Cansancio Emocional y Despersonalización, y negativa con Realización Personal en el trabajo) en profesionales de enfermería (Buunk y Schaufeli, 1993; Schaufeli y Janczur, 1994) y médicos (Van Dierendonck, Schaufeli y Sixma, 1994), asumiéndose que la falta de reciprocidad en los intercambios funcionará como un estresor Desencadenante del Síndrome de Burnout (Gil-Monte, 2001).

3.3.3. Desarrollo de la carrera y posibilidad de promoción.

La planificación o desarrollo de la carrera profesional, en cuanto a los ascensos que pueden suponer un sobreesfuerzo físico /o mental o ascensos considerados insuficientes o inexistentes, propician la aparición de sentimientos de insatisfacción (Acámer y cols., 1997; Fernández y cols., 1995).

Entre los estudios que han evaluado las relaciones entre el Síndrome de Burnout y la seguridad y posibilidad de promoción profesional, los resultados establecen para la dimensión de Cansancio Emocional, relaciones significativas de signo positivo con la falta de seguridad en el puesto de trabajo en una muestra de maestros (Anderson e Iwanicki, 1984) y de signo negativo con la oportunidad de promoción de la carrera profesional en oficiales de policía (Gaines y Jermier, 1983).

3.4. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.

La incorporación en el trabajo de tecnologías con las que el trabajador no está familiarizado, como la informatización, así como la introducción de nuevas formas de organización pueden producir estrés (Blanco, 2000; Castilla, Ojeda, Checa, González y Puras, 2000).

3.4.1. Nuevas tecnologías.

La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones tiene importantes implicaciones para numerosos aspectos laborales y organizaciones. Se suelen producir transformaciones en las tareas y puestos de trabajo, y cambios en los sistemas de trabajo, en la supervisión y en las estructuras y formas organizativas, dando lugar a nuevos estresores a la vez que elimina otros.

Los cambios tecnológicos pueden afectar a los sistemas cognitivos y emocionales del sujeto, en mayor o menor medida, dependiendo de la capacidad adaptativa del sujeto. Variables como el grado de adaptación requerido, el ritmo de trabajo impuesto, las demandas de atención exigidas, el ambiente físico, el aislamiento social, las disfunciones en los roles, pueden ser Desencadenantes del Síndrome de Burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En relación a las dimensiones que configuran el Síndrome, aquellos trabajos que en su desempeño contengan un alto grado de componente tecnológico, pueden generar puestos puramente cognitivos que separan el procesamiento de la información de los procesos sociales que tradicionalmente los han acompañado, afectando a las relaciones interpersonales y favoreciendo en gran medida las actitudes de Despersonalización, tanto de los clientes como de los compañeros.

Por otra parte, estas nuevas tecnologías pueden conllevar unas exigencias cognitivas excesivas en relación al nivel de formación, lo que implica las autoevaluaciones que el sujeto realiza de sus aptitudes, influyendo negativamente en el resultado disminuyendo sus sentimientos de Realización Personal en el trabajo. Por último, problemas de carácter ético asociados al uso continuado de instrumentos tecnológicos (y, de nuevo, en detrimento de las relaciones interpersonales), puede afectar el sistema emocional de los profesionales aumentando sus sentimientos de Cansancio Emocional (Peiró, 1992).

No obstante, en otros estudios, el factor de la informatización se considera como un potencial elemento de mejora de la calidad de vida laboral, siendo necesario que se siga profundizando (Jorge, Blanco, Issa, Romero y Gayoso, 2005).

3.4.2. Aspectos organizacionales.

3.4.2.1. Dimensiones estructurales de la organización.

Han sido identificadas como variables Desencadenantes del Síndrome de Burnout: Centralización, complejidad y formalización, definiendo cada una de ellas de la siguiente manera:

- *Centralización*: Grado en que las decisiones son tomadas por una persona o grupo pequeño de personas en el vértice de la jerarquía organizacional (estructura centralizada) o son tomadas por miembros de la organización distribuidos lateral y verticalmente en los distintos niveles de la jerarquía organizacional (estructura descentralizada).
- *Complejidad*: Multiplicidad de unidades estructurales en las que se agrupan los miembros de una organización.

- *Formalización:* Grado en que los roles están definidos y las normas e instrucciones fijadas.

La estructura organizacional, se ha considerado un predictor indirecto del Síndrome de Burnout, en el sentido de los efectos que tienen dichas variables estructurales sobre las disfunciones de rol y los sentimientos de impotencia laboral de la persona (Lee y Ashforth, 1991). No obstante, existen otros estudios en los que algunas de estas variables no resultan significativas relacionadas con el Síndrome, por ejemplo, la formalización de la organización no mantiene relaciones significativas con la dimensión de Cansancio Emocional (Gaines y Jermier, 1983) ni con el índice global del Síndrome (McCulloch y O'Brien, 1986; Seltzer y Numerof, 1988).

3.4.2.2. Clima organizacional.

No existe una definición de clima laboral que esté aceptada por todos los autores, estando más relacionado en algunos trabajos con la estructura organizacional mientras que en otros se encuentra más asociado a los procesos que en dicha organización se dan (Silva, 1994).

Aun no estando delimitado, son muchas las variables que se incluyen bajo este epígrafe, señalando que el clima laboral negativo puede estar generado por interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, planteamientos directivos descendentes poco claros o un mal establecimiento de roles, por ejemplo. Este tipo de dinámica generadoras de un clima laboral negativo predispone al Síndrome de Burnout (Ensiedel y Tully, 1981).

Entre todas las variables que se podrían incluir bajo este epígrafe, en este estudio se destacan las siguientes: El grado de participación e implicación de los sujetos en la toma de decisiones, la autonomía permitida en la realización de las tareas sin necesidad de consultar a los superiores y el tipo de supervisión ejercida o el apoyo

social recibido desde esa supervisión. Los resultados indican que el Síndrome de Burnout se asocia significativamente de forma positiva con falta de participación en la toma de decisiones, falta de autonomía y falta de apoyo social por parte de la supervisión (Gil-Monte y Peiró, 1997).

No obstante, es razonable argumentar que todas aquellas necesidades que los trabajadores mantengan insatisfechas en sus puestos de trabajo, ya sean de seguridad, aceptación social, autonomía o realización profesional, serán factores asociados al Síndrome de Burnout (Anderson e Iwanicki, 1984).

- Toma de decisiones.

Existen diferentes estudios en los que se ha establecido la relación entre el Síndrome de Burnout y la falta de participación en la toma de decisiones (Burke y Greenglass, 1994; Burke y Richardsen, 1991; Friedman 1991; Leiter, 1989; Pretorius, 1993;). Por ejemplo, en función a las dimensiones que configuran el Síndrome, la falta de participación en la toma de decisiones explicaba el 14% de la varianza en las actitudes de Despersonalización en una muestra de maestros (Schwab, Jackson y Schuler, 1986).

A nivel general, en aquellas organizaciones que se caracterizan por ser excesivamente normativas y en las que las posibilidades de tomar decisiones son limitadas, es más frecuente la aparición del Síndrome de Burnout en sus trabajadores (Brissie et al., 1988). En el sentido inverso, otros estudios señalan que el Síndrome de Burnout decrece al aumentar la capacidad de decisión de los sujetos cuando ascienden en la jerarquía profesional (Burke y Greenglass, 1989).

- Autonomía.

Dentro de unas normas establecidas en la organización, la autonomía en el trabajo se entiende por la libertad de acción de la que dispone el trabajador para desarrollar sus

funciones. En este sentido, la falta de autonomía permitida en la realización de las tareas, correlaciona positivamente con el Síndrome de Burnout, de la misma manera que la falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Concretamente, si se compara la capacidad de autonomía, los niveles mas altos de Síndrome de Burnout se encuentran en los trabajadores carentes de autonomía que en el resto de los compañeros que sí la tienen (Hiscott y Connop, 1990). En este sentido, la relación establecida sería a menor autonomía percibida por el trabajador, mayores niveles de Síndrome de Burnout (Lee y Ashforth, 1993a).

- Apoyo social en el trabajo.

El apoyo social como Desencadenante presenta efectos directos e indirectos sobre el Síndrome de Burnout, es decir, los efectos directos suponen que el apoyo social puede mejorar (o su ausencia empeorar), los sentimientos de tensión emocional y la salud de las personas, independientemente de que cambien o no los niveles de estrés, mientras que los efectos indirectos hacen referencia a los efectos que el apoyo social ejerce sobre los niveles de estrés, por lo que al afectar a esos niveles también se verán afectados los niveles de tensión emocional y la salud de la persona (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Existe variedad de investigaciones en las que se constata que el apoyo organizacional (supervisores y/o compañeros) correlaciona negativamente con el Síndrome de Burnout (Burke y Greenglass, 1994; Burke y Richardsen, 1991; Capner y Caltabiano, 1993; Etzion, 1984; Freedy y Hobfoll, 1994; Fresse, 1999; Jackson y Schuler, 1983; Jorgesen, 1992; Leiter, 1988; Maslach y Jackson, 1984; Pierce y Molloy, 1990; Pretorius, 1993).

En concreto, en relación a los compañeros, se muestra que su falta de apoyo social correlaciona con la aparición del Síndrome de Burnout (Burke, Shearer y Deszca, 1984; Ross, Altmaier y Russel, 1989), destacando la falta de empatía por parte de aquellas personas que pudieran ofrecer apoyo, como una variable predictora del Síndrome (Firth et al., 1987). Sobre los supervisores o directivos, diferentes estudios han encontrado que el Síndrome se asocia a determinados estilos directivos autoritarios (Dick, 1986), mientras que el apoyo de supervisores y apoyo social del grupo va unido a menores niveles de Síndrome de Burnout (Fong, 1990).

En relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout con la falta de apoyo organizacional, se encuentran interacciones con la dimensión Cansancio Emocional (Lee y Ashforth, 1993a) o con la Despersonalización (Sarros, 1988a). Posteriormente, estas asociaciones son corroboradas en muestras de profesionales específicas en un metanálisis llevado a cabo por Gil-Monte y Peiró (1999), en el que se demuestra que el apoyo social de los compañeros es un predictor significativo del Cansancio Emocional en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos (Gil-Monte y Peiró, 1996) y de la Despersonalización en profesionales de enfermería (Gil-Monte, Valcárcel y Zornoza, 1995), concluyendo los autores, que el apoyo social de los compañeros es esencialmente un predictor significativo de los componentes emocional y actitudinal del MBI.

3.5. Calidad de Vida Laboral

Es en la década de los setenta, cuando la idea de humanizar el puesto de trabajo logra su reconocimiento social e institucional, adquiere su máximo esplendor, y se desarrolla a través del denominado “Movimiento de la Calidad de Vida Laboral”, el cual sienta sus bases, fundamentalmente en dos aproximaciones al estudio de las organizaciones y de la conducta de los individuos en contextos laborales: a) El enfoque socio-técnico, cuyos principios se concretaron en el movimiento de la Democracia Industrial en los países escandinavos; y b) En el denominado “Movimiento

del Desarrollo Organizacional” que surge en Estados Unidos. La idea subyacente a las reivindicaciones de este movimiento, estriba fundamentalmente en la necesidad de humanizar el entorno laboral enfatizando el desarrollo del factor humano y la mejora de la Calidad de Vida del trabajador.

La Calidad de Vida Laboral o “*Quality of Working Life*” se constituye como un concepto multidimensional y, como tal, entraña cierta dificultad y complejidad a la hora de recibir una definición aglutinadora y consensuada de tales dimensiones. No obstante, han sido muchos los intentos de dar una definición del concepto (Burke, 1982; Mateu, 1984; Nadler y Lawler, 1983; Sun, 1988; Turcotte, 1986; Walton, 1973).

Ante lo expuesto, y descartando la posibilidad de ofrecer una definición universal de la Calidad de Vida Laboral, el objetivo de este punto se centra en ofrecer una visión de las diferentes acepciones, definiciones y tratamientos que ha recibido el concepto. A su vez, a la naturaleza plural del término se añade una segunda dificultad en su definición debida a las diferencias en las definiciones que, ya no sólo se deben a visiones particulares de los autores o de las diferentes épocas y contextos socio-históricos, sino que son debidos a la dimensión temporal. Además, el panorama se complica cuando se usan indistintamente términos como “*work structuring*”, “*humanitation of work*”, “*sociotechnical systems*” y “*Quality of Working Life*”, que conllevan matices distintos (Walton, 1980).

La variedad de definiciones sobre la Calidad de Vida Laboral, ha inspirado en varios autores la necesidad de establecer tipologías sobre las mismas. En este sentido, Nadler y Lawler (1983) tras realizar una revisión de las definiciones presentes en la literatura, en la década de los setenta, en materia de Calidad de Vida Laboral, identifican cinco tipos (González, Peiró y Bravo, 1996) (Véase Tabla 3.3.)

Tabla 3.3. Tipologías de las definiciones de Calidad de Vida Laboral.

Tipos de clasificación	Concepción de la Calidad de Vida Laboral
Reacción individual o subjetiva	Al enfatizarse los factores individuales, adquieren protagonismo aspectos como el impacto del trabajo en el individuo o la satisfacción laboral.
Aproximación institucional	Se entiende como un proyecto cooperativo entre dirección y trabajadores, donde ambos trabajan conjuntamente en busca de beneficios para ambas partes.
Conjunto de métodos destinados a optimizar la calidad del entorno laboral para hacerlo más satisfactorio y productivo	Se encuentran diferentes acepciones al concepto, por ejemplo: grupos de trabajo autónomos o ampliación del puesto de trabajo.
Movimiento social	Se entiende como una declaración ideológica acerca de la naturaleza del trabajo y la relación que tienen los trabajadores con la organización. En este tipo de definiciones son frecuentes conceptos como: “democracia industrial” y “dirección participativa”.
Desarrollo organizacional	Engloba aquellas definiciones que señalan como relativo a la Calidad de Vida Laboral todos los esfuerzos destinados a promover el desarrollo organizacional.

Se podría entender el dinamismo como una característica que acompaña al término de Calidad de Vida Laboral, no sólo externamente, entendido éste como flexibilidad temporal que permite al concepto adaptarse a la realidad social cambiante, sino también como un dinamismo intrínseco que lo convierte en algo similar a un proceso y lo aleja de definiciones estáticas, rígidas o simplificadoras (Segurado y Agulló, 2002). En este sentido, se encuentran definiciones que destacan la naturaleza procesual de la Calidad de Vida Laboral (Véase Tabla 3.4.).

Tabla 3.4. Definiciones de la Calidad de Vida Laboral desde una naturaleza procesual.

Autor-Año	Definición de Calidad de Vida Laboral
- Walton (1973)	Un proceso para humanizar el lugar de trabajo.
- Guest (1979)	Un proceso a través del cual una organización trata de expandir el potencial creativo de sus miembros implicándoles en las decisiones que afectan a su trabajo.
- Turcotte (1986)	Dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del hombre con el fin de lograr una mayor congruencia con su espacio de vida total.
- Sun (1988)	Un proceso dinámico y continuo para incrementar la libertad de los empleados en el puesto de trabajo, mejorando la eficacia organizacional y el bienestar de los trabajadores a través de intervenciones de cambio organizacional planificadas, que incrementarán la productividad y la satisfacción.
- Robbins (1989)	Proceso a través del cual una organización responde a las necesidades de sus empleados desarrollando los mecanismos que les permitan participar plenamente en la toma de decisiones de sus vidas laborales.

Si se adopta una visión analítica de las definiciones y acercamientos existentes sobre el concepto de la Calidad de Vida Laboral, se puede apreciar que existen una serie de términos, características y dimensiones que se repiten con mucha frecuencia, en especial: La participación en la toma de decisiones de los trabajadores y la satisfacción laboral.

- *Calidad de Vida Laboral como participación en la toma de decisiones:* Uno de los aspectos que frecuentemente aparecen en la literatura es la consideración de la participación del trabajador en la toma de decisiones organizacionales como indicador de la Calidad de Vida Laboral (Burke, 1982; Fields y Thacker, 1992; Guest, 1979; Nadler y Lawler, 1983; Robbins, 1989). Desde esta perspectiva, se hace referencia a una filosofía de gestión organizacional (French y Bell, 1996), cuya meta principal reside en humanizar el puesto de trabajo (Burke, 1982). A su vez, se trata de mejorar tanto las condiciones de trabajo como las relaciones humanas, teniendo como consecuencia un aumento en la satisfacción laboral del empleado (Delamotte y Takezawa, 1984; Mateu, 1984), mayor motivación para continuar en su puesto, mejor autoestima y Realización Personal (Mateu, 1984), así como un incremento en la eficiencia y eficacia organizacional. Todos estos objetivos se consiguen a través de prácticas como, por ejemplo, consentir la implicación del empleado en la toma de decisiones organizacionales y permitirle influir en su propio ambiente de trabajo (Fields y Thacker, 1992; Mateu, 1984).
- *Calidad de Vida Laboral como satisfacción laboral:* Se encuentran diversas definiciones que aluden a la satisfacción laboral como parte integrante o consecuencia de la Calidad de Vida Laboral (Delamotte y Takezawa, 1984; Lau, 2000; Mateu 1984; Sun, 1988). Incluso se llega a afirmar que mediante el grado de satisfacción laboral del trabajador se puede evaluar la Calidad de Vida Laboral (Katzell y Guzzo, 1983), basando la medida de esta última en la

satisfacción de necesidades (Sirgy, Efraty, Siegen y Lee, 2001). No obstante, considerar la satisfacción laboral como un indicador de la Calidad de Vida Laboral, e incluso llegar a tratarla como sinónimo de ésta, no está exento de críticas fruto de la investigación (Walton, 1979).

En relación a las dimensiones de la Calidad de Vida Laboral, han sido muchos los autores que han aportado definiciones, más o menos minuciosas, de las diferentes dimensiones e indicadores que conforman tan controvertido concepto (Cole, Robson, Lemieux-Charles, McGuire, Sicotte y Champagne, 2005; Levine, 1983; Sirgy et al., 2001; Walton, 1973). Otros sugieren que las diferentes dimensiones que configuran la Calidad de Vida Laboral, varían en función de aspectos de tipo cultural, social e incluso ocupacional y concluyen que “resulta imposible ofrecer una relación comprensiva de todos los componentes dado que, en parte, esa relación es específica de cada cultura y grupo social, ocupacional, ...” (González y cols., 1996).

No obstante, se presentan algunas de las dimensiones que se han tenido en cuenta para valorar los niveles de Calidad de Vida Laboral: Existencia de recompensas (Lau, 2000), oportunidades de promoción y ascenso, posibilidad de crecimiento y desarrollo personal (French y Bell, 1996), trabajos estimulantes (Poza, 1998), reconocimiento profesional y personal de los trabajadores (Segurado y Agulló, 2002), adecuada y justa retribución económica, seguridad en el entorno laboral, oportunidades de crecimiento, posibilidad de atender otros ámbitos y la participación del trabajador en la toma de decisiones que le afectan dentro de la organización (Walton, 1973). En un sentido simplificador, se puede identificar la Calidad de Vida Laboral como un constructo global formado por dos dimensiones principales: Una objetiva (condiciones de trabajo, al desempeño del puesto y en general al contexto organizacional) y otra subjetiva (procesos psicosociales) (Segurado y Agulló, 2002).

En relación a los indicadores de la Calidad de Vida Laboral, se pueden distinguir cuatro tipos: Individuales, del medio ambiente de trabajo, de la organización y del entorno sociolaboral (Segurado y Agulló, 2002). Otros autores establecen la clasificación en áreas: Naturaleza del puesto de trabajo, estructura organizativa y del entorno social donde se realiza el trabajo, condiciones físicas del entorno de trabajo y normativa interna de funcionamiento de la organización (Mateu, 1984).

Como se desprende de lo anterior, son muchas y diferentes las dimensiones propuestas que pueden influir en la Calidad de Vida Laboral, lo cual dificulta su evaluación, ya que la variedad de aspectos a considerar configura un entramado difícil de descifrar y componer en una concepción unitaria.

En este estudio, se ha evaluado la Calidad de Vida Laboral mediante el instrumento de medida CVP-35 (Véase Capítulo 7, apartado 7.3.3.), el cuál aporta una puntuación general de la percepción que tiene el profesional de la Calidad de Vida Laboral en su trabajo y tres dimensiones, concretamente: Apoyo Directivo, Cargas de Trabajo y Motivación Intrínseca.

Dicho cuestionario se asienta sobre las bases del modelo de demandas-control-apoyo social de Karasek (1990), el cual es uno de los más utilizados en la salud pública para estudiar los efectos de la organización del trabajo sobre la salud. Según este modelo, existen tres dimensiones fundamentales: Las demandas del puesto de trabajo, el control o capacidad de decisión y el apoyo social. En aquellos trabajos con demandas altas, baja capacidad de decisión y escaso apoyo social se encontrarían los niveles más bajos de bienestar psicológico y más altos de síntomas y enfermedades cardiovasculares, mientras que los trabajos con altas demandas y capacidad de decisión son los que tienen unas mayores posibilidades para el aprendizaje, desarrollo personal y participación activa en la vida social.

3.6. Evaluación de los Desencadenantes del Síndrome de Burnout mediante el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, y el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35).

3.6.1. Variables del Puesto y Centro de Trabajo.

En el presente estudio, son evaluadas mediante el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral diseñado para tal fin (Véase Capítulo 7, apartado 7.3.1.), analizando su efecto sobre las dimensiones del Síndrome de Burnout. En concreto, se detalla las Variables Laborales (Puesto y Centro de Trabajo) consideradas como Desencadenantes del Síndrome de Burnout, en esta Investigación: Categoría profesional, modelo de trabajo, situación laboral, turno de trabajo, cargo directivo, presión asistencial, ubicación y número de trabajadores del centro de trabajo.

3.6.2. Variables de la Calidad de Vida Profesional.

En este apartado, el objetivo ha sido establecer cierto paralelismo entre las Variables Laborales que se han desarrollado teóricamente como Desencadenantes del Síndrome de Burnout con los 35 ítems que configuran el cuestionario empleado, a modo de justificar su utilización (Véase Tabla 3.5.), aunque determinados ítems se repiten en diferentes Variables Laborales*. Los únicos dos ítems que no se han incorporado en esta asociación son los ítems 12 y 34 puesto que el ítem 12 hace referencia al Apoyo Familiar (considerado como un Facilitador) y el ítem 34 pregunta directamente por la Calidad de Vida Laboral sin relacionarla con ningún Desencadenante. A su vez, el ítem 18 (Falta de tiempo para mi vida personal) aunque se incorpora en la Variable Laboral denominada Estrés de rol, es relacionado en el Capítulo 11 con las Variables Personales que hacen referencia al ámbito familiar de la persona (estado civil y número de hijos).

* Los ítems 20 y 30 oportunidad para emplear las habilidades adquiridas y toma de decisiones.
El ítem 23 en toma de decisiones y autonomía.
Los ítems 10, 11 y 35 en relaciones interpersonales y apoyo social en el trabajo.

Tabla 3.5. Evaluación de los Desencadenantes del Síndrome de Burnout mediante el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)*.

	DESENCADENANTES		CVP-35. Ítems
Ambiente físico y Características del puesto de trabajo	Ambiente físico		19. Incomodidad física en el trabajo. 24. Interrupciones molestas.
	Demandas del puesto de trabajo	Exposición a riesgos o peligros	33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud.
		Sobrecarga laboral	1. Cantidad de trabajo que tengo. 6. Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo. 7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo. 8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo.
	Contenidos del puesto de trabajo	Oportunidad para emplear las habilidades adquiridas	14. Posibilidad de ser creativo. 20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito. 30. Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas.
		Retroinformación ("feedback")	16. Recibo información de los resultados de mi trabajo.
		Variedad de las tareas	28. Variedad en mi trabajo.
	Desempeño de roles	Estrés de rol	31. Lo que tengo que hacer queda claro. (Ambigüedad de rol) 21. Carga de responsabilidad. (Sobrecarga de rol) 18. Falta de tiempo para mi vida personal. (Sobrecarga de rol). 25. Estrés (esfuerzo emocional).
		Categoría profesional	29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas.
Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera	Relaciones interpersonales		17. Conflictos con otras personas de mi trabajo. 10. Apoyo de mis jefes. 11. Apoyo de mis compañeros. 35. Apoyo de mi equipo.
	Desarrollo de la carrera y posibilidad de promoción		26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo. 27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual. 4. Posibilidad de promoción.
Nuevas tecnologías y otros aspectos organización	Clima organizacional	Clima	22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto de trabajo. 3. Satisfacción con el sueldo. 2. Satisfacción con el tipo de trabajo. 13. Ganas de ser creativo. 9. Motivación (ganas de esforzarme).
			32. Me siento orgulloso de mi trabajo. 5. Reconocimiento de mi esfuerzo.
		Toma de decisiones	23. Tengo autonomía o libertad de decisión. 20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito. 30. Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas.
			23. Tengo autonomía o libertad de decisión.
		Autonomía	10. Apoyo de mis jefes.
			11. Apoyo de mis compañeros.
		Apoyo social en el trabajo	35. Apoyo de mi equipo.

Apoyo Directivo



Cargas de trabajo



Motivación Intrínseca



* Los análisis estadísticos realizados (Capítulo 9) y su discusión (Capítulo 11), se ciñen a las tres dimensiones del CVP-35.

Capítulo 4

FACILITADORES del Síndrome de Burnout

Variables Personales

4.1. Introducción.

Al igual que hay Desencadenantes (Variables Laborales) que influyen en la probabilidad de presentar Síndrome de Burnout, se considera que los Facilitadores (Variables Personales) actúan como moduladores entre la situación laboral vivida por la persona y sus consecuentes correlatos físicos/psicológicos.

Por tanto, los Facilitadores del Síndrome de Burnout, hacen referencia a aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. Es decir, el grado de Estrés Laboral percibido, aumentará o disminuirá en la medida en que estos Facilitadores estén presentes, afectando consecuentemente al origen y desarrollo del Síndrome.

La mayoría de los estudios sobre el Síndrome de Burnout se han planteado desde una perspectiva situacional, por lo que se ha reivindicado la incidencia que las Variables Personales tienen en la aparición del Síndrome (Piedmont, 1993) siendo numerosas las variables de este tipo que se han asociado al Síndrome, por ejemplo: El logro, el autocontrol y la responsabilidad (Harrison, 1983), locus de control externo (McMullen y Krantz, 1988), dimensiones de la personalidad como neuroticismo y extraversión (Piedmont, 1993; Sandoval, 1993) o Patrón de Conducta Tipo A (Mazur y Lynch, 1989).

En la revisión bibliográfica de este estudio, se han considerado los siguientes Facilitadores del Síndrome de Burnout: Variables Sociodemográficas, Variables de Personalidad, Estrategias de Afrontamiento (Variables Intrapersonales) y Apoyo Social (Variables Interpersonales) (Véase Figura 4.1), englobándose en los siguientes dos grandes ejes:

- Variables Intrapersonales: Variables propias del individuo como, por ejemplo, aspectos de su personalidad, sentimientos y pensamientos, emociones o actitudes y variables sociodemográficas (se precisa que de la esfera laboral se tienen en cuenta los años de antigüedad y cursar baja laboral de los sujetos, entendidas como variables personales, excluyendo el resto de variables consideradas laborales).
- Variables Interpersonales: Variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: Familia, amigos o estilos de vida, entre otras.

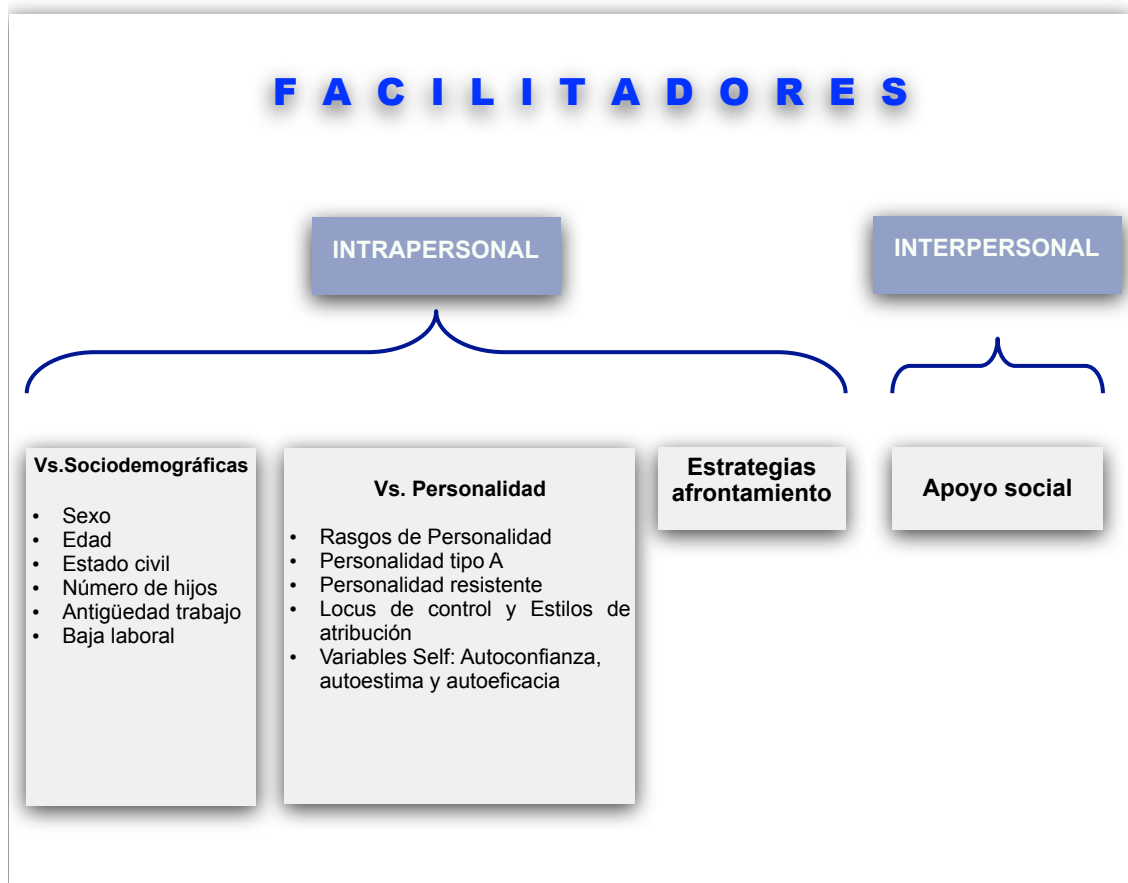


Figura 4.1. Facilitadores del Síndrome de Burnout.

Una vez realizada dicha revisión, en la que se relacionan las Variables Personales con el Síndrome de Burnout y sus dimensiones, se dedica el último apartado de este capítulo a abordar, de manera concreta, el método de evaluación que se ha llevado a cabo, en este estudio, de los Facilitadores analizados. Por un lado, el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral centrado en la recopilación de tales variables personales (concretamente sociodemográficas) y, por otro lado, el MCMI-II, para evaluar la estructura de Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica de los profesionales sanitarios que componen la muestra, desarrollando los planteamientos teóricos sobre la personalidad de Millon (1969/1976), autor del instrumento de evaluación.

4.2. Variables Sociodemográficas.

Dentro de este grupo de variables se agrupan el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto de trabajo y en la profesión, y haber estado de baja laboral.

4.2.1. Sexo.

Existe una gran diversidad en los resultados obtenidos acerca de la relación que el sexo ejerce sobre el Síndrome de Burnout. Por un lado, se encuentran los trabajos en los que no se obtienen diferencias significativas en función esta variable (Cebrià y cols., 2001; Daniel, 1995; De las Cuevas y cols., 1995; Etzion, 1988; García-Izquierdo, 1991; Gil-Monte y cols., 1996; Greenglass, 1991; Greenglass y Burke, 1988; Guerrero, 1998; Hiscott y Connop, 1989; Iwanichi y Schwab, 1981; Izraeli, 1984; Maslach y Jackson, 1981; McDermott, 1984; Molina, Avalos y Giménez, 2005; Oliver, 1993; Soto y Santamaría, 2005) y, por otro lado, se señala que el Síndrome de Burnout es mayor en las mujeres en comparación a los varones (Anaya, Ortiz, Panduro y Ramírez, 2006; Fuehrer y McGonagle, 1988; Greenglass, Pantony y Burke, 1988; Kushnir y Melamed, 1992; Leiter, Clarck y Durup, 1994; Seidman y Zager, 1991) mientras que, en otros estudios, los resultados apuntan en la dirección inversa (Beck, 1987; Caballero y cols., 2001; Cahoon y Rowney, 1984; Cordeiro, 2001; Prieto y cols., 2002).

En relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout, existen múltiples estudios que indican diferencias significativas en las actitudes de Despersonalización, en el sentido de que los varones puntúan más alto que las mujeres (Gil-Monte y Peiró, 1999; Greenglass et al., 1990; Manassero, Fornes, Fernández, Vázquez y Ferrer, 1996; Oliver, 1993; Maslach y Jackson, 1985; Williams, 1989), mientras que para los sentimientos de Cansancio Emocional y de falta de Realización Personal en el trabajo, se obtiene que las mujeres son más propensas que los varones (Maslach y Jackson, 1985), aunque los resultados no son concluyentes al estar influidos por las características de los propios estudios (muestra, instrumentos, entre otros).

No obstante, se ha señalado que la experiencia de estrés en los trabajadores parece estar más ligada a los roles sexuales que a las diferencias puramente biológicas, por lo que las explicaciones de las diferencias significativas obtenidas en la dimensión Despersonalización, en relación al sexo, pueden encontrarse en los diferentes procesos de socialización seguidos para los roles masculino y femenino, y su interacción con los perfiles y requisitos de las distintas ocupaciones. Es decir, así como al rol femenino se le atribuye la interdependencia y la habilidad en las relaciones interpersonales, además de cuidar a otros, el rol masculino no debe expresar emociones y orientarse al logro. De esta forma, las mujeres son socialmente condicionadas a educar y cuidar, siendo menos propensas a responder de manera distante a las personas con problemas (Parkes, 1998).

En esta línea centrada en los roles sexuales, se ha de tener en cuenta el creciente estrés de las mujeres que se han incorporado al mundo laboral, manteniendo toda la responsabilidad respecto a sus familias y funciones domésticas (Rout, 2001), encontrándose que la variable sexo puede estar ligada a una serie de características relacionadas con el trabajo, que predisponen a la mujer especialmente a presentar Síndrome de Burnout por mostrar, entre otras, un mayor conflicto de rol, sintomatología depresiva y conflictos familia-trabajo (Albadalejo y cols., 2004; Atance,

1997; Etzion y Pines, 1986; Greenglass y Burke, 1988; Greenglass et al., 1990; Manzano y Ramos, 1999a; Pines y Kafry, 1981).

4.2.2. Edad.

La relación entre edad o antigüedad laboral y el Síndrome de Burnout tampoco es concluyente, puesto que hay estudios en los que no se detectan diferencias significativas (Caballero y cols., 2001; Daniel, 1995; Guerrero, 1998; Hock, 1988; McDermott, 1984; Oliver, 1993) mientras que en los que se encuentra relación, los resultados son opuestos. Es decir, una serie de investigaciones obtienen que, a mayor edad, los sujetos manifiestan mayores niveles de Síndrome (Atance, 1997; Hidalgo y Díaz, 1994; Manzano y Ramos, 1999b; Molina y cols., 2005; Prieto y cols., 2002) mientras que, en otras investigaciones, dicha relación es inversa (Cherniss, 1982; Maslach, 1982b; Olivar y cols., 1999) e incluso, se concluye abiertamente, que cuanto más joven es el profesional mayor incidencia tendrá de padecer el Síndrome de Burnout (Gold, 1985). Dentro de la línea de los estudios que obtienen que la edad estaría inversamente relacionada con el Síndrome, se concreta sobre las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización (Williams, 1989).

Las explicaciones que defienden una relación negativa entre la edad y el Síndrome de Burnout, postulan que cuando los profesionales alcanzan la madurez en su profesión, es posible que hayan desarrollado un conjunto de conductas y actitudes para reducir la probabilidad de padecerlo, mediante la puesta en marcha de mejores estrategias de afrontamiento ante el estrés y expectativas más reales profesionalmente, frente a los de menor edad (Zabel y Zabel, 1982).

Sin embargo, aunque existen una serie de circunstancias que producen sobrecarga y estrés en los trabajadores de más edad (uso de nuevas tecnologías, trabajo por turnos y nocturno, trabajo con presión en el tiempo o tareas que exigen altos niveles de vigilancia), un mejor conocimiento de sus propios recursos y una mayor experiencia,

puede proporcionar mayor capacidad de respuesta para afrontar situaciones difíciles y compensar, en determinados casos, la disminución de su capacidad de trabajo (Hadziolova, 1988).

Por último, se señala que la revisión bibliográfica realizada sobre la relación del Síndrome de Burnout con esta variable, parece sugerir una distribución de aspecto parabólico, pudiéndose explicar las discrepancias encontradas en el punto de corte con el que se construyen los grupos de edad (Atance, 1997; De las Cuevas y cols., 1995; Prieto, 2001; Prieto y cols., 2002). Es decir, se estudia la posibilidad que el paso de los años tenga un efecto fluctuante sobre el Síndrome, postulando que con el devenir de los años el sujeto adquiere mayor seguridad y experiencia en su trabajo (menor vulnerabilidad a la tensión laboral), mientras que, los primeros años de ejercicio profesional, se caracterizan por ser un período de transición desde las expectativas idealistas hacia la realidad de la práctica cotidiana (mayor vulnerabilidad) (Cherniss, 1982; Maslach, 1982a).

De hecho, a modo de ejemplo, cuando se estratifica la variable edad en intervalos, se obtienen relaciones significativas de tipo curvilíneo, concretamente: El índice de Síndrome de Burnout es bajo entre los 20-25 años, alto desde los 25 hasta los 40 años y mínimo a partir de los 40 años aproximadamente (Farber, 1984).

4.2.3. Estado civil.

La mayoría de los autores que han encontrado algún tipo de relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la variable estado civil, han concluido que los sujetos casados experimentan índices menores del Síndrome, en comparación con los no casados, en diferentes profesiones, aunque también hay excepciones, encontrando a los solteros, viudos y divorciados más afectados (Anaya y cols., 2006; Burke et al., 1984; Cordeiro, 2001; Maslach y Jackson, 1984; Seltzer y Numerof, 1988).

No obstante, existen un gran número de estudios en los que no se encuentran diferencias significativas entre ambas variables, tanto en el índice global del Síndrome como en las dimensiones del MBI, concretamente con profesionales médicos (Daniel, 1995; McDermott, 1984) o personal de enfermería (Soto y Santamaría, 2005), por lo que concluir sobre la existencia o no de una relación significativa es difícil.

La explicación argumentada en la literatura para abordar esta falta de relación significativa, señala que no es el estado civil en sí lo que influye en el proceso del Síndrome de Burnout, sino el apoyo socio-emocional que el sujeto recibe por parte de sus familiares y la calidad de las relaciones. Es decir, las relaciones familiares y/o de pareja positivas confieren a la persona cierta inmunidad a padecerlo (Smith et al., 1984), estableciéndose correlaciones negativas significativas entre el Síndrome de Burnout y el apoyo social (familiares y amigos) que se recibe fuera del trabajo (Cordes y Dougherty, 1993; Freedy y Hobfoll, 1994).

Incluso, en términos de previsión, se llega a considerar que los recursos familiares complementan a los de los compañeros del trabajo para prevenir el desarrollo o aliviar los efectos del Síndrome, en el sentido de que la vida familiar puede hacerles más expertos para relacionarse con los demás y sus problemas (Leiter, 1990).

4.2.4. Número de hijos.

En esta variable, tampoco existen resultados concluyentes, en relación al Síndrome de Burnout y la existencia o no de hijos, ya que sólo un mínimo porcentaje de estudios han obtenido relaciones significativas entre ambas variables (Guerrero, 1998; Peiró, 1992).

Al igual que la consideración que se establecía con la variable estado civil, no es el hecho en sí del número de hijos lo que se considera de manera aislada, sino que se hace más referencia al estilo de vida que presentan los sujetos que tienen o no hijos,

es decir: Los sujetos con hijos tienen más edad y, por tanto, son más maduros psicológicamente, tienen una mayor estabilidad y tienden a preferir el salario u otros beneficios materiales y de seguridad en el trabajo a otros factores como el interés o desafío del empleo, la realización personal o satisfacción laboral. Sin embargo, los sujetos que no tienen hijos, puede que tengan una mayor tendencia a buscar en el trabajo una fuente de vida social, por lo que su grado de implicación sería mayor con la gente del ámbito laboral y, por tanto, tendrían un mayor riesgo de padecer Síndrome de Burnout. La estabilidad afectiva y ser padre o madre, mejora el equilibrio que se requiere para solucionar situaciones conflictivas (Cobb, 1976; House, 1981).

En este sentido, si se entiende tener hijos como formar una familia, se relaciona con el Síndrome de la misma manera que lo que supone tener o no una pareja. Cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar al Síndrome, el sujeto presenta menos vulnerabilidad a su padecimiento, mientras que el hecho de que ocurran problemas familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a padecerlo (Leiter, 1990).

Concretamente, en un análisis de la incidencia de estrés y el riesgo de desarrollar el Síndrome, entre los miembros del personal asistencial de un sistema de emergencia médica móvil, se encuentra importantes dificultades en la relación de pareja que los encuestados vincularon a su forma de trabajo, con ausencia exagerada del hogar y poca comunicación con el cónyuge, produciéndose también situaciones de separación o divorcio en algunos encuestados. También fueron frecuentes las dificultades en la relación con los hijos (de todas las edades), así como una alta incidencia de reproches por trabajar demasiado y no participar de eventos trascendentes en la vida familiar (Matrai, 2001).

4.2.5. Antigüedad en el puesto de trabajo y en la profesión.

Los resultados obtenidos para estas variables son similares a los alcanzados con la variable edad, siendo su justificación teórica idéntica. Puesto que los profesionales con menos antigüedad, son más jóvenes e inexpertos y con menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes, el riesgo de padecer Síndrome de Burnout es mayor que los sujetos que cuentan con mayor tiempo de antigüedad (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En relación a los años de antigüedad, hay estudios que establecen una relación curvilínea según la cual los trabajadores con menos de dos años y más de diez de antigüedad, son los que menores niveles del Síndrome de Burnout presentan (Golembiewski et al., 1986). Sin embargo, en otras investigaciones, se especifica que son los individuos con una antigüedad de 11-20 años los que presentan mayores actitudes de Despersonalización (Soto y Santamaría, 2005).

4.2.6. Baja laboral

Se ha considerado estudiar la relación de esta variable con el Síndrome de Burnout, puesto que se le ha identificado como un predictor de ausencias laborales certificadas médicamente, por ejemplo, en empleados industriales (Toppinen-Tanner, Ojajärvi, Väänänen, Kalimo y Jäppinen 2005) o en el ámbito de la enseñanza (Morian y Herruzco, 2005).

En este sentido, las faltas de asistencia al puesto laboral se deberían a diferentes trastornos físicos y/o psíquicos, relacionándose el Cansancio Emocional con enfermedades futuras del sistema circulatorio, y la Despersonalización con enfermedades futuras del sistema digestivo (Toppinen-Tanner et al., 2005).

Desde una perspectiva correlacional, algunos trabajos han obtenido que los sentimientos de Cansancio Emocional se asocian significativamente de manera

positiva con el número de faltas en el trabajo en profesionales de enfermería (Firth y Britton, 1989). A su vez, con un diseño longitudinal y modelo causal, se obtiene que la Realización Personal en el trabajo resultaba ser un predictor significativo de la tasa de absentismo evaluada 6 meses después (Iverson, Olekalns y Erwin, 1998).

Así mismo, la presencia del Síndrome de Burnout se asociaba con un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos, así como un porcentaje superior de bajas laborales por psicomorbilidad (Molina y cols., 2003; Moriana y Herruzco, 2005), asociándose mediante un análisis de regresión logística múltiple un alto nivel de Cansancio Emocional al consumo de tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad (Grau y cols., 2005).

4.3. Variables de Personalidad.

Se ha investigado mucho sobre las características de personalidad que hacen a los sujetos vulnerables ante el Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout (Cebriá y cols., 2001; Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1996; Motowidlo, Packard y Mannning, 1986). Puesto que esta Investigación trata de definir los Rasgos y Trastornos de Personalidad característicos de los profesionales que presentan niveles moderados-severos del Síndrome, se incide especialmente en la necesidad de estudiar las variables de personalidad relacionadas con dicho Síndrome.

El Síndrome de Burnout se puede concebir como un rasgo de personalidad, entendiendo que en su proceso hay que buscar el equilibrio perdido, planteando que la reconocimiento del cambio es la fórmula para afrontarlo: Susceptibilidad Individual +Sobrecarga=Burnout (Elliot y Smith, 1984). En este sentido de equilibrio, desde una perspectiva psicoanalítica, se considera que el Síndrome de Burnout tiene una función homeostática para lograr mantener el balance psíquico, así como que existen diferentes causas según los diversos “tipos” de personas (Garden, 1989, 1991).

Entre los investigadores que estudian las variables de personalidad relacionadas con el Síndrome de Burnout, existe cierto acuerdo al considerar que los profesionales más vulnerables a padecerlo son sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás (Cherniss, 1980a; Edelwich y Brodsky, 1980; Freudenberger y Richelson, 1980; Pines et al., 1981).

No obstante, se localizan numerosas discrepancias entre las características de personalidad relacionadas con el Síndrome de Burnout y se advierte de la dificultad que entraña relacionarlas (Burke y Richardsen, 1993). Destacan dos polos extremos en el planteamiento de esta relación, por un lado, se defiende que el Síndrome de Burnout no puede explicarse exclusivamente a partir de los rasgos de personalidad particulares (Pedrabissi, Rolland y Santinello, 1994), mientras que, en otras investigaciones, se concluye que las variables de personalidad determinan la vulnerabilidad de los sujetos para padecerlo (Olmedo, 1993).

A continuación, se describen una serie de Variables Personales teniendo en cuenta, a modo de resumen, que aquellos sujetos que presentan determinados rasgos de personalidad, como un patrón de personalidad tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo, experimentan con mayor frecuencia sensaciones y actitudes del Síndrome de Burnout, mientras que los sujetos con personalidad resistente (hardiness) las experimentan con menos frecuencia.

4.3.1. Rasgos de Personalidad.

Son muchas las variables de personalidad que han resultado asociadas positivamente, de manera significativa, al Síndrome de Burnout como, por ejemplo, la ansiedad-rasgo ($r=0.41$) (Richardsen et al., 1992) y la depresión ($r =0.33$) (Meier y Schmeck, 1985), pero la diversidad en su clasificación y su medición dificulta encontrar un denominador común. Por ello, la revisión que se establece queda sujeta a la exposición que cada

uno de los autores, desarrolla en sus investigaciones, siguiendo un orden cronológico la presentación:

- Muldary (1983): Considera como personas predispuestas a experimentar Síndrome de Burnout, a aquellos individuos orientados pero obsesivos, con tendencia a identificarse de forma excesiva con los receptores de su atención y que basan su autoestima únicamente en la consecución de metas. Estas personas tienen dificultades para actuar con decisión ante problemas humanos complejos, así como para ser indulgentes consigo mismos por los errores cometidos. Aunque considera el estilo obsesivo-compulsivo como el más predispuesto al desarrollo del Síndrome, también refiere que aquellos profesionales de la salud con estilos de personalidad dependiente o pasivo-agresiva, poseen riesgo considerable de desgastarse profesionalmente.
- Anderson e Iwanicki (1984): Establecen una relación significativa entre el Síndrome de Burnout y factores motivacionales vinculados a la elección profesional, como por ejemplo, seguridad, estimación o autonomía.
- Abraham (1986): Describe un perfil de profesionales que define de tipo emocional, caracterizados por una mayor sensibilidad hacia factores referidos al contacto con personas y una alta motivación en la participación de actividades grupales, teniendo la expectativa de que estas ocupaciones son una de las fuentes de estabilidad para su personalidad. Estas idealizaciones de las profesiones de ayuda facilitan el Cansancio Emocional y la pérdida de ilusión.
- McCraine y Brandsma (1988): En un estudio prospectivo con 440 médicos residentes, estudiaron la relación entre el Síndrome de Burnout y los rasgos de personalidad evaluados mediante el *Minnesota Multiphasic Personality*

Inventory (MMPI) y el *Tedium Measure* (TM). Obtuvieron correlaciones significativas de signo positivo, aunque no muy intensas, entre las escalas de depresión ($r=0.11$), introversión ($r=0.15$), neuroticismo ($r=0.15$) y psicoticismo ($r=0.09$). No se mostraban relaciones significativas entre las puntuaciones del Síndrome y variables demográficas o laborales.

- Lemkau, Purdy, Rafferty y Rudisill (1988): En un estudio, con una muestra de 67 médicos, concluyeron que los sujetos que experimentaban más sentimientos de Cansancio Emocional y baja Realización Personal en el trabajo, presentaban un estilo de personalidad antisocial, agresiva, esquizoide y con problemas de ansiedad.
- Fontana y Abouserie (1993): Estudian la relación entre los tipos de personalidad y los niveles de Estrés Laboral mediante el *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ) en una muestra de profesores. Los resultados obtenidos señalan una correlación positiva entre altos niveles de estrés con psicoticismo y neuroticismo; y una correlación negativa entre Estrés Laboral y extraversión.
- Manzano y Ramos (1999a): Estudian cómo influyen las diferentes variables de personalidad en el Síndrome de Burnout, partiendo desde la perspectiva del enfoque de control personal descrito por Palenzuela (1991), en el que se integra dentro de las expectativas de control, cinco constructos de personalidad: Suerte, indefensión, contingencia, autoeficacia y expectativas de éxito. Los resultados señalan que, sobre el desarrollo del Síndrome, influyen directa o indirectamente las expectativas generalizadas de control (los cinco constructos), concretamente muestran el fuerte efecto ejercido por la indefensión sobre la dimensión Cansancio Emocional, y el de la contingencia sobre la Realización Personal en el trabajo.

- Cebriá y cols. (2001): Analizan en médicos de familia los rasgos de personalidad y el Síndrome de Burnout, encontrando asociaciones significativas entre la ansiedad e inestabilidad emocional, y los elevados niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización. A su vez, la tendencia a valorar las situaciones ambiguas como amenazantes, aumenta la vulnerabilidad al estrés.

4.3.2. Personalidad Tipo A.

Las personas con este tipo de personalidad, son proclives a las enfermedades coronarias y a las alteraciones cardiovasculares, caracterizándose por manifestar impaciencia, velocidad excesiva, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, competitividad, agresividad, hostilidad, compromiso excesivo con el trabajo, habla y gestos bruscos. El patrón tipo A es definido, en gran medida, como el opuesto al tipo B, y aunque las personas pertenecientes a este último patrón también experimentan estrés, la satisfacción de éxito y logro no origina los estragos físicos y psicológicos que se dan en el tipo A (Peiró y Salvador, 1993).

En determinados contextos, la presencia de este patrón puede producir un rendimiento más alto con resultados favorables a corto plazo para la persona y la organización, pero a largo plazo, el patrón conductual tipo A puede provocar deterioros importantes en la salud de las personas y considerables déficit en su rendimiento (Buceta y Bueno, 2001; Cooper, 1988; Parkes, 1998).

En relación a las puntuaciones que los sujetos con personalidad tipo A obtienen en el MBI, se definen por ser valores significativos (Nowack, 1986), predisponiendo este tipo de patrón a padecer el Síndrome de Burnout (Nagy y Davis, 1985; Papadatou et al., 1994).

En relación a sus dimensiones, concretamente en una muestra de maestros, la personalidad tipo A se relaciona significativamente con mayores niveles de Cansancio

Emocional y mayor Despersonalización, no resultando significativa su relación con la baja Realización Personal en el trabajo. Las vías de influencia en relación a sus características de personalidad se explican atendiendo a que son individualistas y mantienen pocas interacciones sociales, por lo que sus redes de apoyo social se ven deterioradas, y consecuentemente aparecen mayores niveles de Cansancio Emocional y actitudes de Despersonalización, aumentando su probabilidad de exposición a ciertos estresores (como la sobrecarga de rol), que junto a su fuerte compromiso con el trabajo, reducen su probabilidad de realizar determinadas conductas que mejoren su resistencia al Síndrome de Burnout, como por ejemplo, ejercicio físico, vacaciones o distracciones (Nagy y Davis, 1985).

4.3.3. Personalidad Resistente.

Este término es atribuido a Kosaba, Maddi y Courington (1981) quienes la consideran como un rasgo modulador que reduce la probabilidad de estrés. También es definida como una constelación de características de personalidad que funcionan como una fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes (Kosaba, Maddi y Kahn 1982), siendo menos vulnerables al Estrés Laboral aquellos sujetos que presentan un patrón de conducta resistente, minimizando las posibles consecuencias disfuncionales (Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000b).

La explicación teórica considera que la resistencia (hardiness) es un estilo de personalidad que desempeña un papel (fuerzas saludables) que facilita el afrontamiento de situaciones estresantes. Se define por tres características este estilo de personalidad: Compromiso (predisposición a implicarse en las diferentes situaciones de la vida), control (convencimiento de que uno mismo puede influir sobre el curso de las cosas, poniendo el énfasis en su propia responsabilidad) y reto (propensión a buscar cambios y nuevas experiencias, aproximándose a ellos con flexibilidad cognitiva, anticipando e interpretando el cambio como un reto para el crecimiento personal). Por tanto, aquellos sujetos que se encuentran en situaciones

estresantes pero que tienen control, compromiso y una percepción de la situación como un reto, demuestran condiciones más favorables para el afrontamiento de dichas situaciones (Kosaba, 1979).

En torno a los estudios que valoran las relaciones entre el Síndrome de Burnout y la Personalidad Resistente, se concluye que este tipo de personalidad lo previene y reduce su incidencia (Rich y Rich, 1987). Sin embargo, otros autores establecen una propuesta más moderada, en el sentido de que la Personalidad Resistente tiene efectos beneficiosos para reducir el Síndrome pero no puede prevenir los altos niveles de Estrés Laboral, especialmente la sobrecarga de trabajo (McCranie, Lambert y Lambert, 1987). En este mismo sentido, una serie de estudios empíricos señalan correlaciones negativas entre los tres factores de la Personalidad Resistente y el Síndrome (Boyle, Grap, Younger y Thorrnby 1991; Papadatou et al., 1994; Topf, 1989; Van Servellen y Leake, 1994).

En concreto, con personal de enfermería, dos de los estudios citados anteriormente (Boyle et al., 1991; Topf, 1989) señalan que la dimensión de compromiso correlacionaba significativamente de manera más intensa con el Síndrome. Además, en el estudio de Topf (1989), el compromiso fue la única escala de las que configura la Personalidad Resistente que explicaba porcentajes significativos de varianza en el índice global del Síndrome, concretamente en el MBI (12% Cansancio Emocional y 7% en Realización Personal en el trabajo, no resultando significativa la varianza explicada en la dimensión de Despersonalización).

4.3.4. Locus de control y Estilos de atribución.

El concepto de Locus de control interno se refiere a la creencia generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son contingentes a las propias decisiones y acciones del sujeto, mientras que el Locus de control externo, se basa en la creencia de que los acontecimientos no dependen de la conducta del individuo, sino de fuerzas

externas como la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. Este tipo de creencias suelen ser relativamente estables con importantes implicaciones en el rendimiento y bienestar de las personas (Rotter, 1966).

Los profesionales con un Locus de control externo son más propensos a padecer Síndrome de Burnout que aquellos profesionales que tienen un Locus de control interno, según diferentes estudios, es decir, cuanto menos control cree tener el individuo sobre la situación, mayores posibilidades para que aparezca el Síndrome, fundamentalmente ante situaciones ambiguas, difíciles o novedosas, en las que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar (Glogow, 1986; McIntyre, 1984; Revicki y May, 1983).

Cuando el Síndrome de Burnout es evaluado mediante el MBI, el Locus de control incide sobre la dimensión de Realización Personal en el trabajo especialmente, siendo la relación la siguiente: Los sujetos con Locus de control externo experimentan con mayor frecuencia bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo que los sujetos con un Locus de control interno (Capel, 1987; Fuqua y Couture, 1986; Wilson y Chiwakata, 1989).

El Estilo de atribución es un constructo similar al de Locus de control. En 1988, Haack obtuvo en una muestra de profesionales de enfermería que, los sujetos que atribuían las causas del estrés que sentían a sus características personales, experimentaban significativamente más Realización Personal en el trabajo.

Sin embargo, cuando la causa del estrés se sitúa en el entorno, sólo experimentaban significativamente mayores sentimientos de Cansancio Emocional, y si la causa del estrés se depositaba en los pacientes, experimentaban más Cansancio Emocional y más Despersonalización.

En este sentido, una explicación para estos resultados se centra en que los sujetos “internos” frente a los “externos” perciben que tienen más control de la situación, lo que influye en las expectativas de afrontamiento (búsqueda de información, enfrentamiento, apoyo social), mientras que los “externos” tienden al desamparo y emplean estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

4.3.5. Variables de personalidad del “self”: Autoconfianza, autoestima y autoeficacia.

4.3.5.1. Autoconciencia y Autoconfianza.

El nivel de Autoconciencia se conceptualiza como la capacidad de autorregular la percepción o anticipación de las discrepancias, entre las demandas ambientales y los recursos del sujeto durante el desarrollo de una tarea concreta. Un nivel de Autoconciencia elevado, intensificará la tendencia a autoperibirse y a concentrarse en la discrepancia estresante, lo que afectará negativamente al estado de ánimo del trabajador que, consecuentemente, conllevará a la reducción de la propia confianza profesional (variable autorreguladora de significado cercano al de la Autoeficacia) (Thompson et al., 1993). Dicha propuesta, está basada en el Modelo de Autocontrol, en el estudio del estrés de Carver y Scheier (1982).

En relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout, los efectos de la disminución de la confianza percibida producirán en el trabajador bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo, los cuales pueden derivar incluso en intención de abandono tanto mental (en forma de Cansancio Emocional), como conductual (mediante el recurso a la Despersonalización) (Thompson et al., 1993).

A su vez, se ha relacionado niveles elevados del Síndrome con baja Autoconfianza, peor salud física, mayores tasas de absentismo, así como una mayor frecuencia en el uso de estrategias de afrontamiento regresivas (Pierce y Molloy, 1990). Sin embargo,

en determinados contextos laborales (por ejemplo, enfermería), en los que la percepción de ser comprendido y comprender a otros, conlleva un mayor nivel de cooperación y Autoconfianza, se observa que la satisfacción aumenta significativamente en cuanto a responsabilidad, organización, calidad de cuidado, cooperación, y confort en el grupo de trabajo, mientras que el grado de tedio disminuyó significativamente, no encontrándose cambios significativos en los niveles del Síndrome (Hallberg, 1994).

En otros modelos teóricos del Síndrome de Burnout, se integra el papel de la Autoconfianza como un antecedente del mismo, definiéndola como la creencia o grado de certeza que los individuos poseen sobre su habilidad para ser exitosos en la tarea (Gil-Monte y cols., 1995). Desde el modelo, se insiste en la idea de que las personas con una Autoconfianza reducida, percibirán como más estresantes las demandas ambientales al exagerar el grado de dificultad de las mismas, mientras que las personas que disfrutan de una mayor Autoconfianza pondrán en funcionamiento más actividades de afrontamiento efectivo. En conclusión, la Autoconfianza elevada se presenta como un predictor de la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento de control, así como de la consecución de sentimientos de Realización Personal en el trabajo.

En un trabajo posterior, Gil-Monte y Peiró (1996) presentan un estudio de los antecedentes significativos del Síndrome de Burnout, en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos, donde se incluye nuevamente la Autoconfianza, junto al estrés de rol (ambigüedad y conflicto) y el apoyo social percibido desde el supervisor y los compañeros de trabajo. Los datos obtenidos en los análisis de regresión, corroboran la naturaleza diferencial de los componentes del Síndrome y, por tanto, la recepción diferencial de efectos producidos por predictores de origen emocional-actitudinal y cognitivo-aptitudinal, comprobándose que la Autoconfianza era predictor significativo de la autorrealización conjuntamente con la ambigüedad de rol, mientras que el conflicto y el apoyo social de compañeros predecían

significativamente el Cansancio Emocional y, por último, la Despersonalización recibía efectos predictores significativos del conflicto de rol.

Fuera del ámbito laboral sanitario, se examina el papel de la Autoconfianza/Seguridad en uno mismo como predictor del éxito durante cursos de entrenamiento militar. Los dos estudios presentados señalan que los alumnos con mayor seguridad en sí mismos, obtenían mejores resultados en el entrenamiento y mostraban mejores índices de salud, una autoestima más elevada, menor Síndrome de Burnout y tasas más elevadas de finalización satisfactoria de dicho curso (Quick, Joplin, Nelson y Mangelsdorff, 1996).

4.3.5.2. Autoestima y Autoconcepto.

Las relaciones entre la Autoestima y Síndrome de Burnout han sido profusamente analizadas, sobre todo, desde una aproximación empírica y, en algunas ocasiones, conectadas a la propia influencia de la Autoeficacia. Por ello, se incluye en este apartado los resultados más significativos de algunos de estos trabajos, junto a otros dedicados al estudio de la relación entre el Síndrome y el Autoconcepto.

Si bien, el constructo de la Autoestima tiene una formulación general (al igual que la Autoeficacia), como juicio de valor personal expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo (Coopersmith, 1967; Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg, 1995), la literatura también recoge un tipo de Autoestima más específica, relacionada con el ámbito laboral e influida por la Autoestima general del individuo: Autoestima Profesional (Carmel, 1997; Ganster y Schaubroeck, 1995).

No obstante, la influencia de la Autoestima Profesional no parece ceñirse únicamente al ajuste laboral, sino que aparece como una variable capaz de influir sobre un amplio rango de facetas del bienestar del sujeto. Es decir, una Autoestima Profesional elevada ayuda al individuo a afrontar de forma más eficaz los estresores laborales,

amortiguando los efectos perjudiciales del estrés y aumentando los resultados positivos del trabajo. Las puntuaciones en Autoestima Profesional muestran correlaciones positivas tanto con la experiencia como con los logros profesionales formales, manteniendo esta relación positiva con las medidas de satisfacción laboral y vital general, y con dominios concretos de la salud y relaciones familiares (Carmel, 1997).

Del mismo modo, se destaca la importancia que tiene la percepción de sí mismo en el desarrollo del Síndrome. Así, por ejemplo, la encuesta realizada por Egan (1993) a trabajadores sociales hospitalarios que desarrollan su labor con enfermos de SIDA, aporta resultados que parecen desafiar la concepción del Síndrome de Burnout como fenómeno inducido primariamente por la organización, apuntando la influencia en el desarrollo del mismo de las perspectivas que mantienen los profesionales sobre sí mismos y el mundo.

Respecto a la relación entre el Síndrome de Burnout y la Autoestima, se señala que ésta última disminuía al avanzar las fases del proceso del primero (Golembiewsky y Kim, 1989), corroborándose la existencia de una relación inversa entre ambas variables (Golembiewski y Aldinger, 1994; Rosse, Boss, Johnson y Crow, 1991) y puntualizándose que la Autoestima puede actuar más bien como precursor que como consecuencia propia del Síndrome, no confirmándose que esta variable actúe protegiendo a los individuos de padecerlo o de las alteraciones consecuentes en la salud (Rosse et al., 1991).

En el análisis de las dimensiones del Síndrome de Burnout, se obtiene que los sujetos que experimentan Cansancio Emocional y Despersonalización tienden a mostrar menores índices de Autoestima (McMullen y Krantz, 1988). Otros resultados, especifican una correlación de carácter negativo entre la Autoestima y las dimensiones de Realización Personal en el trabajo y Despersonalización (Carmel, 1997). De

manera global, se ofrecen resultados que revelan correlaciones significativas entre puntuaciones elevadas del Síndrome y las obtenidas en escalas del MMPI que evalúan, entre otras, baja autoestima, sentimientos de inadecuación o disforia (McCranie y Brandsma, 1988).

Otro foco de interés, abordado por diversos investigadores, centra su atención en el análisis del papel que juega la Autoestima en el proceso de comparación social ante situaciones de estrés. Así, Buunk et al. (1994), en un estudio con profesionales de enfermería, comprueban la preferencia que muestran los sujetos por establecer comparaciones con profesionales más experimentados, en lugar de mantenerlas con profesionales más competentes. Aquellos que padecen un elevado nivel de Síndrome de Burnout, especialmente en cuanto a la dimensión de baja Realización Personal en el trabajo, tienden a evitar a los profesionales con un mejor desempeño. En cuanto a la Autoestima, el estudio señala que los profesionales con mayor estima de sí mismos, parecen estar más interesados en obtener información que les permita una comparación, de carácter ascendente, que aquellos que presentan menores niveles en esta variable. La razón aducida por los autores, apunta al hecho de que quizás los profesionales con mayor Autoestima se sienten menos amenazados por la información de carácter comparativo.

En esta línea, se ha obtenido una mejora significativa en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, cuando se ha intervenido en una serie de sesiones de formación dirigidas a la construcción de equipos de trabajo, desarrollo de habilidades de comunicación, incremento de la Autoestima y control de estrés (Hyman, 1993).

En el ámbito educativo (profesores canadienses), se investigó el impacto de los factores organizacionales y de personalidad sobre las dimensiones del Síndrome, revelando los resultados la importancia del conflicto de rol, la carga/cantidad de trabajo, el clima de clase, la toma de decisiones y el apoyo de los compañeros como

determinantes organizacionales del mismo. En este caso, la Autoestima y el Locus de control externo aparecen como importantes mediadores (Byrne, 1994).

En esta misma línea, también aparecen como predictores significativos del estrés padecido: Una Autoestima baja, un Locus de control externo, altos niveles de ansiedad estado-rasgo, una pobre calidad de vida escolar y niveles elevados de tedio. Dichas variables, junto a problemas en el medio familiar y altos niveles de estrés experimentados en clase, predijeron niveles significativos de Síndrome de Burnout en el aula (Fimian, 1988).

Por último, respecto a otra variable estrechamente relacionada con la percepción y valoración de sí mismo, como es el Autoconcepto, diversas investigaciones dan cuenta de su posible influencia en el desarrollo del Síndrome en el ámbito docente. En el análisis de las relaciones entre estilo de liderazgo del director, la organización escolar, las características de personalidad del docente y el Síndrome de Burnout, los resultados señalan que diversas características de personalidad (entre ellas, el Autoconcepto) aparecen como predictores significativos del Síndrome que padece el profesor, junto a otros factores estresantes del entorno organizacional (Mazur y Lynch, 1989).

Posteriormente, dentro del mismo marco laboral, se examinan las diversas formas en que los profesores se consideran a sí mismos profesionalmente y el modo en que perciben cómo les consideran los demás, encontrando como la discrepancia entre la visión que tienen los profesores de sí mismos (profesionales competentes y satisfechos) correlaciona fuertemente con el Síndrome de Burnout. Desde el punto de vista de los profesores, tanto padres como administradores, tienen una percepción exagerada de la satisfacción profesional de los docentes, discrepancias que en ambos casos correlacionan con el Síndrome (Friedman y Farber, 1992).

4.3.5.3. Autoeficacia.

Se ha señalado que la existencia de crisis de Autoeficacia incrementa la probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout, es decir, la propia percepción de eficacia en las tareas a realizar es una variable relevante (Leiter, 1992a). En España, las investigaciones empíricas respecto a dichas relaciones, aunque todavía minoritarias, se han centrado en instituciones policiales y sanitarias.

Por ejemplo, en el contexto policial se ha relacionado los efectos de la Autoeficacia de tarea y una serie de estresores laborales y de rol, sobre el compromiso y el Síndrome de Burnout, realizándose los análisis en función del sexo de los agentes. Los resultados señalan en la muestra de hombres, la influencia directa tanto de la Autoeficacia como del conjunto de estresores sobre el compromiso organizacional y las tres dimensiones del Síndrome. Sin embargo, en las mujeres desciende el peso directo de los estresores, mientras que la Autoeficacia reservaba su influencia directa para el compromiso pero no para el Síndrome de Burnout, corroborándose igualmente el papel protector de la Autoeficacia respecto a los efectos modulares. En este sentido, son los agentes varones con mayor percepción de Autoeficacia los que perciben la mayor utilidad de la formación y los que desarrollan mejores actitudes hacia la ciudadanía. Respecto a las mujeres, la baja Autoeficacia hacía aumentar la relación existente entre la serie de estresores y el Síndrome de Burnout, a excepción de la relación entre conflicto de rol percibido y baja autorrealización (Vega y Garrido, 1995).

Gil-Monte y Peiró (1997), explican las dos líneas de relación autónomas entre componentes del Síndrome de Burnout y variables antecedentes, a partir de la propia naturaleza diferencial de estos componentes, emocional-actitudinal en el caso del Cansancio Emocional y la Despersonalización, y cognitiva-aptitudinal para la autorrealización en el trabajo. Sin embargo, en el caso del personal de enfermería, la Autoeficacia no limita su influencia a variables de índole cognitiva, sino que la percepción de ineficacia personal en el trabajo, parece anteceder igualmente la

aparición de la Despersonalización ligada al Síndrome de Burnout. Esta evidencia iría en línea con las previsiones derivadas de algunos modelos como el de Harrison (1983), el cuál sugiere la estrecha conexión existente entre la dificultad para superar los factores barrera en la expresión de la motivación prosocial (supuestamente más elevada en el personal de enfermería) y la percepción de ineficacia profesional, que puede condicionar la aparición de estrategias despersonalizadoras.

4.4. Estrategias de Afrontamiento.

La definición más extendida y manejada en la literatura del concepto de Afrontamiento es la elaborada por Lazarus y Folkman (1986), explicándolo como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, y que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

No obstante, existen otras definiciones que coinciden en conceptualizar el Afrontamiento, como una serie de respuestas cambiantes de tipo cognitivo y conductual que inicia un sujeto ante una situación considerada amenazante, siendo el objetivo buscado manejar la respuesta al estrés y no necesariamente el éxito en el manejo de dicha situación (Cox y Ferguson, 1991; Steptoe, 1991).

Exponer de una manera exhaustiva lo que implica el concepto de Afrontamiento, excede el objetivo de este trabajo que se centra en analizar cómo las estrategias de Afrontamiento se relacionan con el Síndrome de Burnout. En este sentido, resulta evidente el hecho de que no emplear o poseer recursos personales o estrategias de Afrontamiento adecuadas para enfrentarse a diferentes situaciones, supone un aumento de la posibilidad de padecer el Síndrome (Etzion y Pines, 1986; Greenglass et al., 1990; Moreno-Jiménez y cols., 2005; Seidman y Zager, 1991; Shinn et al., 1984). La disminución de los recursos de Afrontamiento es la característica clara de los individuos que lo padecen (Kushnir y Melamed, 1992).

Por tanto, se ha considerado necesario abordar en qué consisten estos dos tipos de estrategias de Afrontamiento: Las dirigidas a regular las emociones y las dirigidas al problema resultantes del análisis factorial del cuestionario “*Ways of Coping*” elaborado por Lazarus y Folkman (1986):

- *Modos de Afrontamiento dirigidos al Problema:* Engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos:
 - *Entorno:* Están dirigidas a la demanda, a la tarea, tratan de solucionar el problema definiéndolo, buscando soluciones alternativas teniendo en cuenta los costes y beneficios, seleccionando y aplicando la alternativa elegida, es decir, se incluyen las estrategias dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema).
 - *Sujeto:* Incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollo de nuevas pautas de conductas, por ejemplo.
- *Modos de Afrontamiento dirigidos a la Emoción:* Hacen referencia a modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de Afrontamiento se incluyen una amplia gama de estrategias: Un grupo de ellas está constituido por procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre estos se destacan, la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo tiene relación con las estrategias dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional. Hay otras formas cognitivas dirigidas a la emoción que equivalen a la reevaluación cognitiva, es decir, que cambia el significado de la situación para el sujeto. También existen las estrategias de

Afrontamiento dirigidas a la emoción que no cambian el significado de la situación, por ejemplo, la atención selectiva. Similar son las estrategias conductuales, que no son reevaluaciones pero pueden originarlas, por ejemplo, el **deporte** o tomar bebidas alcohólicas para olvidar el problema, buscar apoyo emocional, entre otras. Los procesos dirigidos a la emoción pueden cambiar el significado de la situación estresante sin distorsionarla, a excepción del fenómeno de la autodecepción.

En síntesis, las estrategias de Afrontamiento dirigidas a las **emociones** tienen mayor **probabilidad** de aparecer cuando, según la evaluación del sujeto, no se puede modificar las condiciones amenazantes del ambiente. Sin embargo, cuando el sujeto evalúa que sí se pueden cambiar, hay más probabilidad que aparezcan las dirigidas al problema.

Los trabajos experimentales apuntan que los sujetos que emplean estrategias de carácter activo (centradas en el problema o estrategias de control) presentan menos Síndrome de Burnout que aquellos que ponen en práctica estrategias de evitación o de escape (centradas en la emoción) (Boyle et al., 1991; Ceslowitz, 1989; Leiter, 1991).

La implicación de las estrategias de Afrontamiento en la varianza de cada una de las dimensiones del Síndrome oscilan, tanto para Cansancio Emocional como para Despersonalización, entre un 5 y 10% de la varianza total, mientras que en Realización Personal en el trabajo, las estrategias adaptativas u orientadas a la resolución del problema explicarían hasta un 15%. Sólo en algunos estudios, se ha observado también la participación de estrategias de evitación sin llegar a alcanzar el 5% de la varianza (Schaufeli y Enzmann, 1998).

4.5. Apoyo social en el trabajo.

La falta de Apoyo social en el trabajo es un variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del Estrés Laboral sobre el Síndrome de Burnout. En este sentido, el Apoyo social es considerado como un amortiguador, porque así como no disminuye directamente los niveles de la respuesta al estrés ni afecta a los estresores, puede hacer que el impacto del estrés sobre el sujeto o la valoración que éste haga de los estresores sea menor (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Concretamente, es sobre la dimensión del Cansancio Emocional en la que aparecen principalmente, los efectos moduladores de la falta de Apoyo social, cuando se considera la repercusión de los estresores sobre las dimensiones del MBI en diferentes colectivos profesionales como enfermeras (Constable y Rusell, 1986) y trabajadores sociales (Koeske y Koeske, 1989). En relación a las actitudes de Despersonalización, evaluadas mediante el MBI, se ha obtenido evidencia empírica de dicho efecto modulador (Russell, Altmaier y Velzen, 1987) aunque, en otros estudios, se considera el sexo como la variable que podía establecer diferencias en la manera de recurrir al Apoyo social (Etzion, 1984).

4.6. Evaluación de los Facilitadores mediante el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, y el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI-II).

4.6.1. Variables Sociodemográficas.

Las variables de carácter sociodemográfico son evaluadas, en el presente estudio, mediante el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral diseñado con tal objetivo (Véase Capítulo 7, apartado 7.3.1.), analizando su efecto sobre las dimensiones del Síndrome de Burnout. En concreto, se detallan las Variables Personales consideradas en esta Investigación, como Facilitadores del Síndrome: Sexo, edad, estado civil, número de hijos, antigüedad en la profesión y puesto de trabajo (INSALUD, Área 11 y misma plaza) y baja laboral.

4.6.2. Variables de Personalidad.

Las Variables de Personalidad evaluadas en este estudio se corresponden con las obtenidas en el MCMI-II (Véase Capítulo7, apartado 7.3.4.), resultando obligado exponer de manera general los planteamientos teóricos de su autor.

Se diferencian dos momentos importantes en la obra de Millon que marcan etapas cruciales en la formulación de sus teorías: En primer lugar, cuando presenta el Modelo Biosocial exponiendo sus primeras conceptualizaciones sobre los trastornos de personalidad (Millon, 1969/1976, 1981; Millon y Everly, 1985/1994) y, en segundo lugar, cuando desarrolla el Modelo Bioevolutivo, completando y encuadrando sus aportaciones anteriores sobre los trastornos de personalidad dentro de la teoría de la evolución (Millon, 1990; Millon y Escovar, 1999).

No obstante, Millon afirma que el movimiento hacia el integracionismo en la concepción de la enfermedad es un hecho empírico histórico, ilustrado por la evolución de las ciencias de la salud a través de las revoluciones paradigmáticas, ninguna de las cuales se ha completado en la psicopatología (Millon, 2005).

Definición y delimitación del concepto de Personalidad según Theodoro Millon.

Puesto que el constructo de la personalidad ha sido formulado, reformulado y discutido durante siglos, es necesario comenzar una discusión de la personalidad humana con una definición precisa, acerca de qué es lo que intenta abarcar el término personalidad según Theodore Millon, debiéndolo diferenciar, como mínimo, de dos términos con los que se puede confundir (y de hecho se confunden): Temperamento y carácter (Véase Figura 4.2.).

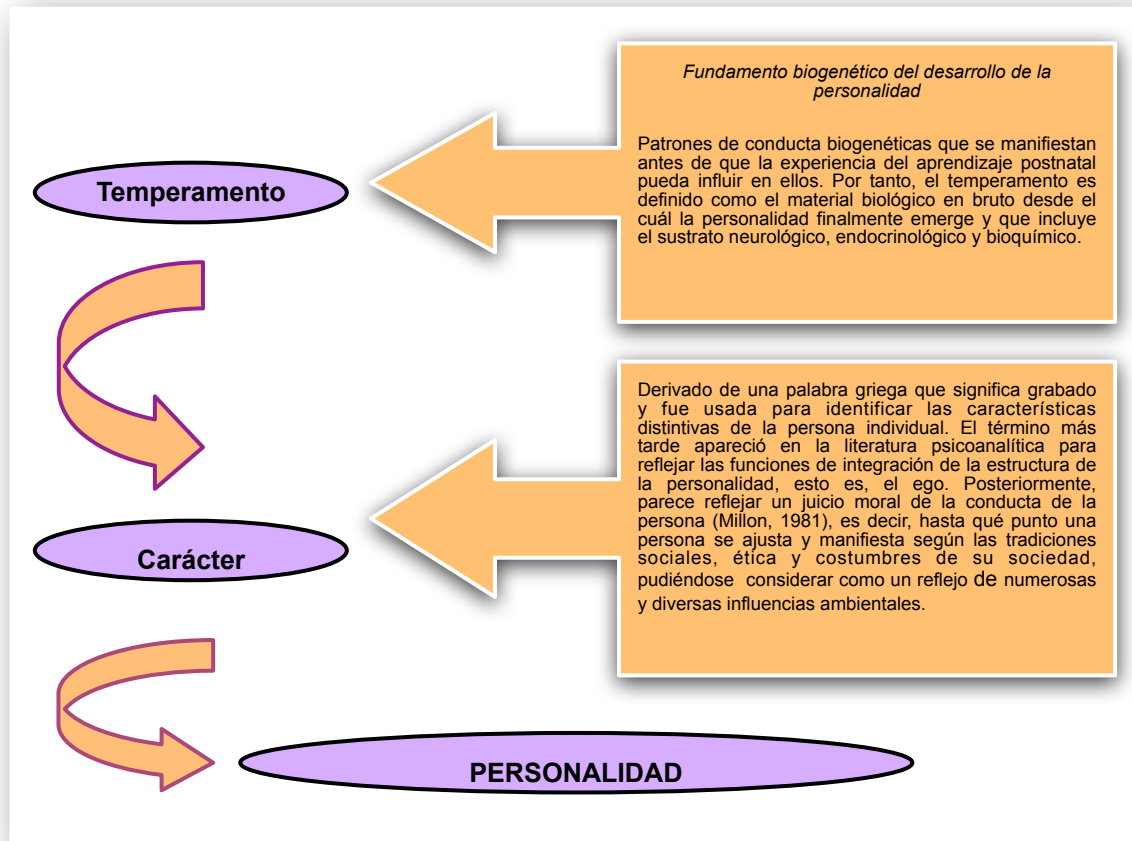


Figura 4.2. Desarrollo del temperamento, carácter y personalidad.

En resumen, el temperamento es considerado como la materia prima biológica desde la cuál la personalidad se formará, mientras que el carácter es más amplio que el temperamento pero más reducido que personalidad, considerado como la adherencia de la persona a los valores y las costumbres de la sociedad en la que vive.

La personalidad representa un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos, que persisten por largos períodos de tiempo y es relativamente resistente a la extinción. Estos rasgos emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial. Hay dos procesos situados en el centro de la personalidad: 1) Cómo interactúa el individuo con las demandas del medio ambiente, y 2) Cómo se relaciona el individuo consigo mismo.

Desarrollo de la Personalidad: Del rasgo al patrón.

En el primer año de vida, los niños se ocupan de una gran variedad de respuestas conductuales y aunque muestran lo que parecen ser características constitucionales de nacimiento, la manera de reaccionar hacia sí mismos y hacia su entorno tiende, al principio, a ser cambiante e impredecible por el observador. Parece que estas respuestas conductuales tienen una función exploradora, que mediante un proceso que Edward Thorndike describió en 1935 llamado aprendizaje por “ensayo y error”, el niño aprende qué respuestas conductuales son efectivas y cuáles no lo son. Desde una perspectiva del aprendizaje, el niño descubre qué respuestas conductuales lo guían hacia un refuerzo (placentero) y qué respuestas son inefectivas o son castigadas (no placenteras).

Conforme el niño se desarrolla y madura, tiene lugar un proceso moldeador, desarrollando un repertorio de conductas que son probadas empíricamente, diseñadas para conseguir refuerzo y también para evitar el castigo. Avanzado en el tiempo, aquellos que observan al niño pueden ver que empieza a practicar respuestas conductuales específicas bastante consistentes en situaciones diferentes. En este punto, se puede decir que el niño está demostrando un hábito. Mientras el niño continúa madurando, comienza a mostrar un grupo repetitivo de hábitos. Este grupo colectivo de hábitos puede ser referido como un rasgo.

Finalmente, la conducta de los niños cristaliza en un patrón preferido de comportamiento. Estos patrones no sólo se vuelven resistentes a la extinción, sino que el hecho de que hayan tenido éxito en el pasado hace a estos patrones de respuesta altamente prioritarios. Así, dada una continuidad en el desarrollo biológico básico y un rango de experiencias para seleccionar y adoptar respuestas conductuales, el niño puede estar capacitado para desarrollar un patrón distintivo de interacción interpersonal y con el entorno que es profundamente incorporado y no fácilmente

erradicable. En resumen, estas características son la esencia y la suma de la personalidad del niño.

El término patrón, al referirse a personalidad, atiende a dos razones: Por un lado, para llamar la atención sobre el hecho de que estas conductas y actitudes, surgen de una compleja interacción entre disposición biológica y experiencias aprendidas y, por otro, para denotar el hecho de que estas características de personalidad, no son sólo una agregación difusa de tendencias al azar, sino una estructura predecible y aprendida de conductas manifiestas y encubiertas.

El término estabilidad se aplica cuando un rasgo perdura en el tiempo, mientras que el término consistencia se aplica cuando una conducta se produce en una situación y también en otras similares, resultando que la personalidad tiende a ser estable y consistente. La estabilidad temporal y la consistencia transituacional son fundamentales para el concepto de personalidad. Si los individuos no logran un nivel razonable de conductas estables y consistentes, entonces el concepto mismo de la personalidad puede estar en peligro (Millon, 1981).

Esto no quiere decir que todos los sujetos muestren consistencia en los mismos aspectos de la conducta. Las investigaciones han demostrado que las personas difieren en el grado en que su conducta es estable y consistente (Endler y Magnusson, 1976; Epstein, 1979). Las evidencias indican que los individuos exhiben estabilidad y consistencia solamente a ciertas características, esto es, algunos rasgos serán extremadamente resistentes al cambio, mientras que otros no. Además, estos rasgos variarán entre los individuos. Por lo tanto, se puede concluir que cada individuo posee un grupo pequeño y distinto de rasgos primarios que persisten y duran en el tiempo. En resumen, la personalidad patológica comprende aquellos rasgos estables y consistentes que persisten inflexibles, son usados inapropiadamente y fomenta círculos viciosos que perpetúan e intensifican las dificultades actuales (Millon, 1981).

Independientemente de los postulados que indican que la personalidad es estable y consistente, la personalidad y los trastornos de personalidad son susceptibles de cambio, pero un cambio verdadero de personalidad usualmente se producirá: 1) Naturalmente, a través de un proceso de aprendizaje que contradiga las experiencias de aprendizaje previas (probablemente combinado con introspección cognitiva) o a través de un proceso traumático psicológico o físico extremo, o 2) Artificialmente, mediante un proceso de intervención profesional planificado, por ejemplo, psicoterapia.

Clasificación de la personalidad y sus trastornos.

El criterio más comúnmente usado para la determinación de la anormalidad es el criterio de la estadística. Desde esta perspectiva, la conducta anormal es cualquier conducta que se desvía de la norma esperada o aceptada. El criterio estadístico representa solamente un análisis cuantitativo, por lo que faltaría considerar aspectos cualitativos.

Probablemente, la mejor forma de valorar una conducta como normal o anormal es considerar la esfera cualitativa. Cuando se considera la salud mental, la normalidad puede ser concebida como la capacidad de funcionar autónoma y competentemente, la tendencia a adaptarse al entorno social de forma efectiva y eficiente, una sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia, y la habilidad de autorealizarse o de alcanzar las propias potencialidades (Millón, 1981). En consecuencia, la anormalidad puede ser entendida como un déficit en estas cualidades.

Resulta útil elaborar algún criterio por el cual se pueda llevar a cabo la distinción entre la “normalidad” y la “anormalidad” (o “patología”) como conceptos relativos (Millon, 2002b) puesto que el objetivo no es tanto las alteraciones de carácter patológico

fácilmente identificables, sino aquella categoría nebulosa de la personalidad aparentemente normal, donde se desea llamar la atención respecto a signos sutilmente encubiertos de un proceso anormal insidioso y perturbador. Son tres criterios los que apuntan hacia la presencia de un patrón de personalidad anormal, diferenciándose de los patrones de personalidad normal, por su inflexibilidad adaptativa, su tendencia a fomentar círculos viciosos y su estabilidad lábil, lo cual inhibe un afrontamiento efectivo, es esencialmente autofrustrante y puede ser considerado desde una perspectiva más amplia como perturbadora de la salud (Véase Tabla 4.1.).

Tabla 4.1. Patrón de personalidad normal-anormal.

CRITERIOS	PERSONALIDAD	
	Normal	Anormal
Capacidad para relacionarse con su entorno y afrontar responsabilidades y relaciones cotidianas	Flexible y adaptativa	Inflexible y desadaptativa
Percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno	Constructivas	Autofrustrantes
Patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo	Promotores de salud	Efectos perniciosos para la salud

El sistema de clasificación, definido desde un enfoque de aprendizaje biosocial, fue desarrollado por Millon como un intento de mejorar los defectos inherentes a los sistemas DSM previos para los trastornos de personalidad. No obstante, cualquier sistema de clasificación simplifica a sus sujetos, pero esta pérdida de la individualidad es inherente a cualquier proceso que intente agrupar a individuos. A pesar de este problema inevitable, un sistema de clasificación es válido cuando el tema unificado es capaz de: 1) Poner de relieve las características principales y clínicamente relevantes del sujeto que intenta categorizar, y 2) Agrupar precisamente a los individuos que poseen estas características en común.

Para desarrollar un modelo coherente de la personalidad humana, es útil buscar la unificación de los temas o fundamentos que puedan ser usados como una base conceptual, desde la cual las descripciones subsecuentes de las variaciones de la personalidad puedan tomar algún sentido o importancia. Cuando se revisan los patrones de personalidad descritos por teóricos como Freud (1957), Fromm (1955), Horney (1939) o por investigadores como Leary (1957), Lorr, Klett y McNair (1963), McDougall (1908) y Millon (1969/1976), se llega a un solapamiento considerable, al igual que sucede con los principales tipos de interacción/estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos.

En el caso del modelo para la personalidad y sus trastornos, se emplea la noción de refuerzo como el tema unificador alrededor del cual se puede construir el modelo. Por lo tanto, estas estrategias de refuerzo pueden ser considerados como el elemento central de la personalidad, entendido como sinónimo de recompensa, satisfacción y placer, y siendo el foco de interés el proceso por el cual el individuo busca obtener sus refuerzos, es decir, sus placeres en la vida.

El proceso de la búsqueda de refuerzo se analiza desde dos perspectivas interactivas, es decir, cómo (análisis de la conducta instrumental utilizada para obtener refuerzo) y dónde (análisis de la fuente de refuerzo). Atendiendo a cómo el sujeto obtiene refuerzo, se diferencia una búsqueda activa y pasiva, mientras que en función de la fuente de dónde se busca el refuerzo se encuentran cuatro puntos distintos: Independiente, dependiente, ambivalente y aislado.

Como resultado de la interacción de dichas polaridades se obtiene ocho patrones de personalidad básica (Véase Tabla 4.2.). Es importante señalar que, en realidad, es difícil encontrar a un sujeto cuya personalidad conforme alguno de estos ocho patrones teóricamente “puros” descritos, siendo la tendencia más frecuente que los

patrones de personalidad de los sujetos tiendan a ser “agrupaciones” o combinaciones de dos o tres de los patrones que se han presentado.

Tabla 4.2. Patrones de personalidad normal.

CONDUCTA INSTRUMENTAL	FUENTE DE REFUERZO			
	Independiente	Dependiente	Ambivalente	Desvinculado
Activa (proactiva)	Violenta	Sociable	Sensitiva	Inhibida
Pasiva (reactiva)	Segura	Cooperadora	Respetuosa	Introvertida

La descripción de los trastornos de personalidad (Véase Tabla 4.3.) se basa en la noción de continuidad sindrómica frente a la de discontinuidad, radicando la diferencia en el aspecto cuantitativo o cualitativo, es decir, la noción de discontinuidad sindrómica es una consecuencia de la creencia de que todas las psicopatologías sean entidades morbosas cualitativamente distintas. La continuidad sindrómica refleja la visión de que las anormalidades psicológicas son desviaciones cuantitativas del promedio sobre una distribución de rasgos. La discontinuidad implica que algún proceso inusual se ha entrometido en el funcionamiento del individuo (Millon, 1981).

Tabla 4.3. Trastornos moderadamente graves de la personalidad*.

CONDUCTA INSTRUMENTAL	FUENTE DE REFUERZO			
	Independiente	Dependiente	Ambivalente	Desvinculado
Activa (proactiva)	Antisocial	Histriónico	Pasivo-agresivo	Evitador
Pasiva (reactiva)	Narcisista	Dependiente	Compulsivo	Esquizoide

Históricamente, el concepto de continuidad sindrómica data de unos 2.500 años atrás, en las tipologías de personalidad de Hipócrates que veía que la psicopatología era un resultado del desequilibrio entre los cuatro humores básicos y no de la intromisión de alguna sustancia extraña, perdurando esta hipótesis de una u otra forma en escritos

* Los términos usados para identificar los ocho trastornos de personalidad se ajustan a la nomenclatura del DSM-III.

de teóricos tales como Beck (1967), Millon (1969/1976, 1981), Sheldon (1940) y Szasz (1960). No obstante, la hipótesis de la continuidad sindrómica no es aceptada plenamente en la literatura psiquiátrica y psicológica.

Los trastornos de personalidad pueden ser considerados como representaciones de desviaciones exageradas y patológicamente distorsionadas, emanadas de una distribución de rasgos normales y saludables, y no como la intromisión de alguna fuerza externa extraña sobre la personalidad del individuo.

Desde esta perspectiva, los trastornos de personalidad que se describen en este trabajo son semejantes a los trastornos del Eje II del DSM-III, si bien sus formulaciones son más extensas y las restricciones en sus criterios clínicos son menores, debiéndose a la naturaleza de la hipótesis de continuidad sindrómica y la continuidad sobre la cual residen estos rasgos. Por tanto, la normalidad y anormalidad de la personalidad se entiende como conceptos relativos, es decir, como puntos representativos sobre un *continuum* o gradiente, más que como categoría nominales discretas (Millon, 2002b). El concepto de *continuum* es un recurso gráfico empleado para demostrar que los estados psicopatológicos, representan sólo extensiones cuantitativas de lo normal y que realmente son rasgos conductuales funcionales. Es decir, se parte de la idea de que la conducta anormal se desarrolla y se forma de acuerdo con los mismos principios y mecanismos que están involucrados en el desarrollo de la conducta normal, utilizándose cinco criterios estandarizados en su definición:

- *Conducta aparente*: Cómo aparece el individuo ante los demás.
- *Conducta interpersonal*: Cómo interactúa el individuo con los demás.
- *Estilo cognitivo*: La naturaleza característica del pensamiento del individuo.
- *Expresión afectiva*: Cómo muestra su emoción el individuo.
- *Percepción de sí mismo*: La manera en que el individuo se ve a sí mismo.

En el Inventario empleado en la evaluación de la personalidad en esta Tesis (MCMI-II) se diferencian ocho Rasgos y tres Trastornos de personalidad, siendo necesario entender el origen multidimensional de los patrones de personalidad normal (Véase Tabla 4.4.), puesto que los trastornos son considerados como emergiendo de dichos patrones de personalidad normal, concretamente, resultado de interacciones complejas de disposiciones biológicas, aprendizaje desadaptativo y especialmente cambios ambientales estresantes.

Tabla 4.4. Listado multidimensional de criterios para los patrones de personalidad normal.

PATRÓN DE PERSONALIDAD	DIMENSIÓN				
	Conducta aparente	Comportamiento Interpersonal	Estilo cognitivo	Expresión afectiva	Percepción de sí mismo
Violenta	Aventurera	Intimidante	Subjetivo	Rabia	Asertivo
Segura	Serena	No empático	Imaginativo	Serenidad	Seguro
Sociable	Animada	Expresivo	Superficial	Dramatismo	Encantador
Cooperadora	Dócil	Complaciente	Abierto	Tierno	Débil
Sensitiva	Errática	Impredecible	Divergente	Pesimista	Despreciado
Respetuosa	Organizada	Refinado	Circunspecto	Reprimido	Fiable
Inhibida	Vigilante	Cauteloso	Preocupado	Difícil	Solitario
Introvertida	Pasiva	Retraído	Vago	Blando	Plácido

Bajo la hipótesis de continuidad sindrómica se relaciona con el Eje II de trastornos de la personalidad del DSM-III. Por ejemplo, el trastorno de personalidad por dependencia puede ser considerado como una variante sindrómica más grave del patrón de personalidad cooperador, y como una variante menos grave del trastorno de personalidad límite, y así con el resto de los patrones de personalidad (Véase Tabla 4.5.). A continuación, se detallan esquemáticamente las dimensiones específicas de los trastornos de personalidad (Véase Tabla 4.6.).

Tabla 4.5. Desde la personalidad al trastorno de personalidad.

PATRÓN DE PERSONALIDAD	TRASTORNO DE PERSONALIDAD	
Violenta	Trastorno antisocial de personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad
Segura	Trastorno narcisista de personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad
Sociable	Trastorno histriónico de personalidad	Trastorno límite de personalidad
Cooperadora	Trastorno de personalidad por dependencia	Trastorno límite de personalidad
Sensitiva	Trastorno pasivo-agresivo de personalidad	Trastorno límite de personalidad
Respetuosa	Trastorno compulsivo de personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad
Inhibida	Trastorno de personalidad por evitación	Trastorno esquizotípico de personalidad
Introvertida	Trastorno esquizoide de personalidad	Trastorno esquizotípico de personalidad

Tabla 4.6. Listado multidimensional de criterios para trastornos de personalidad.

TRASTORNOS	DIMENSIÓN				
	Conducta aparente	Comportamiento Interpersonal	Estilo cognitivo	Expresión afectiva	Percepción de sí mismo
Antisocial	Osado a temerario	Antagónico a beligerante	Individualista a fanático	Hostil a malévolo	Competitiva a dominador
Narcisista	Arrogante a pomposo	Explotador a desvergonzado	Expansivo a indisciplinado	Indiferente a exuberante	Admirable a extraordinario
Histriónico	Afectado a teatral	Coqueto a seductor	Vacilante a disperso	Inconstante a impetuoso	Sociable a hedonista
Dependiente	Incompetente a impotente	Sumiso a dependiente	Ingenuo a incauto	Pacífico a tímido	Inepto a inadecuado
Pasivo-agresivo	Terco a oposicionista	Ambivalente a no cooperador	Inconsistente a desorientador	Irritable a agitado	Descontento a maltratado
Compulsivo	Disciplinado a perfeccionista	Respetuoso a congraciador	Reprimido a bloqueado	Solemne a serio	Escrupuloso a íntegro
Evitación	Cauteloso a alerta	Aversivo a aislado	Distraído a perplejo	Angustiado a hiperexcitado	Ajeno a rechazado
Esquizoide	Apático a inerte	Reservado a ausente	Empobrecido a árido	Aplanado a frío	Complaciente a falta de vitalidad
Esquizotípico	Excéntrico y aberrante a extravagante	Aislado y reservado a inaccesible	Rumiador y autista a desconcertado	Aprehensivo a trastornado y frenético Apático a insensible y apagado	Desamparado a extraño y vacío
Límite	Espontáneo a precipitado y caótico	Oposicionista a paradójico y voluble	Inconstante a caprichoso y desorganizado	Temperamental a lábil y voluble	Perturbado a confuso y conflictivo
Paranoide	Prudente y defensivo a vigilante	Pendenciero y provocativo a amargado	Incrédulo a suspicaz y conspirador	Hosco a irascible y pendenciero	Formidable a inviolable y amargado



Capitulo 5

DIAGNÓSTICO Y ASPECTOS LEGALES del Síndrome de Burnout

5.1. Introducción.

Este capítulo trata de abarcar la paradoja que existe en la consideración del Síndrome de Burnout entre el Derecho y la Psicología, al ser sentenciado en el ámbito legal como accidente de trabajo cuando no está reconocido como un diagnóstico clínico en ninguno de los manuales científicos, concretamente en la nomenclatura DSM.

Desde la Revolución Industrial, los avances del Derecho en el ámbito laboral han cobrado relevancia, siendo la prevención de los riesgos laborales una dimensión especial. A su vez, la gran sensibilidad social propiciada por un aumento de la siniestralidad laboral ligada a una mayor actividad económica y a las nuevas formas de gestión empresarial, no ha sido ajena a esta realidad. Esta preocupación preventiva en el ámbito laboral, no alcanza únicamente a los bienes jurídicos soporte (vida, integridad física y salud), sino que empieza a emerger una segunda generación de bienes jurídicos como la salud psíquica del trabajador o su integridad o indemnidad moral (Varela, 2003).

Una de las cuestiones más relevantes y polémicas cuando los aplicadores del derecho se enfrentan a enfermedades de carácter psicológico, heterogéneas, y con una gran diversidad de manifestaciones motivadas a veces por factores endógenos, y otras, exógenos (o por ambos), es la de la determinación de su naturaleza jurídica como contingencia protegida en su caso por la acción protectora de la normativa de la Seguridad Social (y en su caso por la normativa de la Prevención de Riesgos Laborales).

En España, el interés por la prevención de los riesgos psicosociales y del estrés laboral ha quedado plasmada en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E: 10-11-1995) y en el Reglamento de los Servicios de Prevención (B.O.E. 31-01-1997). Estas medidas tratan de concienciar a la sociedad de la importancia que tiene evaluar y predecir los riesgos de carácter psicosocial para disminuir los accidentes, el

absentismo laboral, y al mismo tiempo mejorar la salud y la calidad de vida de los trabajadores.

Dentro de este marco de análisis e intervención en los problemas de salud mental laboral, el Síndrome de Burnout ocupa un lugar destacado, apareciendo en incontables publicaciones científicas internacionales y realizándose un gran número de investigaciones que han contribuido a una mayor comprensión del Síndrome. A modo de ejemplo, entre el período de 1980-1985 se cifran en 300 las referencias que aparecen sobre el Síndrome (Roberts, 1986), mientras que en el período comprendido entre 1974 y 1989 se enumeran por encima de 2500 referencias (Kleiber y Enzman, 1990).

Sin embargo, en el ámbito de la Psicología, el Síndrome de Burnout no está incluido en ninguna de las clasificaciones psiquiátricas (DSM-IV; CIE-10) por lo que no es posible diagnosticarlo aunque, en el ámbito del Derecho, sea reconocido como accidente de trabajo en varias sentencias españolas, no considerándolo en el cuadro de enfermedades profesionales.

Por tanto, se dedica el último apartado del presente capítulo, a revisar determinadas sentencias españolas con el objetivo de dejar patente la paradoja que se señalaba, desde un principio, entre ambas disciplinas del saber.

En este sentido, se puede comprobar en los extractos literales de determinadas sentencias la exposición de las consecuencias que produce padecer Síndrome de Burnout (aunque no esté reconocido clínicamente) así como las consideraciones que se defienden para no avalar su padecimiento en otros casos concretos.

5.2. Definiciones operativas y Diagnóstico diferencial del Síndrome de Burnout.

En el Capítulo 1 del presente trabajo, se expone la evolución de la definición del término Burnout, la cual se caracteriza por ser extensa y diferente, concluyendo que la descripción sintomática del Síndrome, depende de los autores que lo estudien. Por tanto, este apartado se centra en los intentos de definirlo operativamente así como de diferenciarlo de otros síndromes con el objetivo de entender por qué no ha sido incluido en los manuales o clasificaciones diagnósticas.

En relación al aspecto operativo del Síndrome de Burnout, se intentó ofrecer una definición operativa en la que se precisaba que se trata de un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en un individuo que no padece otro tipo de alteración psicopatológica mayor y que ha desarrollado satisfactoriamente sus funciones en el puesto de trabajo (rendimiento objetivo y satisfacción personal), pero deja de conseguirlo por sí mismo y se encuentra relacionado con las expectativas previas. Es decir, no se puede interpretar como Síndrome de Burnout el malestar relacionado con las dificultades físicas, con un salario insuficiente, con la incompetencia por falta de conocimientos o con cualquier otro trastorno mental existente porque no está mediado dicho malestar por las expectativas y creencias iniciales (Brill, 1984).

Desde una perspectiva psiquiátrica, se establece que el Síndrome de Burnout es un síndrome de adaptación con unas características particulares que lo diferencian de otros, aunque sus factores estresantes no son fácilmente identificables. No obstante, se propone tener en cuenta los siguientes criterios con la intención de facilitar el diagnóstico diferencial: Eliminar la presencia de una identidad biológica y la posible existencia de otro síndrome psicopatológico (Grantham, 1985).

En la actualidad, las propuestas que se proponen están encaminadas a la posibilidad de incluir el Síndrome de Burnout como Trastorno Adaptativo (Mingote, 1998*), de acuerdo a la nomenclatura del DSM-IV, ya que la característica fundamental es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable (Véase Tabla 5.1.).

Tabla 5.1. Criterios diagnósticos para el Trastorno Adaptativo del DSM-IV (APA, 1994).

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 - 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

F.43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]

F.43.28 Con ansiedad [309.24]

F.43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

F.43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]

F.43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]

F.43.9 No especificado [309.9]

* Mingote (1998): El Síndrome de Desgaste Profesional es un tipo específico de trastorno adaptativo crónico, asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una relación de interdependencia mutua. Se caracteriza por constituir una respuesta desadaptativa, que se produce como consecuencia de un desbalance prolongado (más de 6 meses) entre demandas y recursos de afrontamiento. Se manifiesta por una sintomatología multidimensional a nivel cognitivo, conductual, somático y emocional, con la presencia de un excesivo malestar personal y por un deterioro social significativo, en ausencia de otro trastorno clínico. Los estresores pueden ser múltiples y acumulados como, por ejemplo, asociarse a varias dificultades instrumentales o a conflictos interpersonales no resueltos, o bien pueden ser continuos o recurrentes. A nivel clínico, se puede expresar como varios subtipos, según los síntomas predominantes: ya sea de ansiedad, con sintomatología depresiva, con la mezcla de ambos tipos de síntomas o con alteraciones predominantes de conducta; ya sea por la propia función del profesional (absentismo, incumplimiento de sus funciones, etc.) o a cualquier otro nivel (abuso de bebidas alcohólicas, consumo de sustancias tóxicas, etc.).

Otra opción diagnóstica que se ha planteado, dentro del DSM-IV (APA, 1994), es considerar el Síndrome de Burnout como un problema laboral (Codificación: Z56.7 Problema laboral [V62.2]). Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

En el último capítulo de esta Investigación, se reflexiona sobre las limitaciones que dificultan dotar al Síndrome de Burnout como una patología con entidad propia, considerando la problemática que presenta la falta de unanimidad para denominarlo o las debilidades de su instrumento de medida (MBI), entre otras.

5.3. Aspectos legales del Síndrome de Burnout.

Para establecer el contexto legal, es necesario establecer el origen en el artículo 40.2 de la Constitución Española que encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Este mandato constitucional, conlleva la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo, y encuentra en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE nº 269 10/11/1995) su pilar fundamental. En la misma se configura el marco general en el que habrán de desarrollarse las distintas acciones preventivas, en coherencia con las decisiones de la Unión Europea.

La normativa sobre prevención de riesgos laborales está constituida por la presente Ley, sus disposiciones de desarrollo o complementarias y cuantas otras normas, legales o convencionales, contengan prescripciones relativas a la adopción de medidas preventivas en el ámbito laboral o susceptibles de producirlas en dicho ámbito.

La presente Ley tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, estableciendo los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva. Para el cumplimiento de dichos fines, la presente Ley regula las actuaciones a desarrollar por las Administraciones públicas, así como por los empresarios, los trabajadores y sus respectivas organizaciones representativas.

Ante todo, en este trabajo referente al Síndrome de Burnout, se destacarían dos artículos cruciales de la Ley, el artículo 4 y el 15, concluyendo que sin margen de duda, los riesgos-psicosociales se integran y protegen dentro del marco normativo relativo a la Prevención de Riesgos Laborales (Véase tabla 5.2.) y la obligación de prevenirlos (Véase Tabla 5.3.).

Por tanto, la prevención de las lesiones y trastornos psíquicos entran plenamente dentro de la obligación de protección que corresponden al empresario, por lo que desde que se detecta la existencia o incluso la posibilidad de una situación laboral propicia a provocar un trastorno, hay que evaluarlo y remediarlo, adoptando las medidas organizativas que resulten adecuadas para su eliminación o minimización en la medida de lo posible.

Claro está que, el hecho de que el Síndrome de Burnout no se pueda diagnosticar clínicamente, dificulta enormemente este reconocimiento para poder prevenirlo y, en último caso, tratar de solventarlo.

Tabla 5.2. Artículo 4 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 4: Definiciones
<p>A efectos de la presente Ley y de las normas que la desarrollen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se entenderá por "prevención" el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo. 2. Se entenderá como "riesgo laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo. 3. Se considerarán como "daños derivados del trabajo" las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo. 4. Se entenderá como "riesgo laboral grave e inminente" aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores. <p>En el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando estos no se manifiesten de forma inmediata.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Se entenderán como procesos, actividades, operaciones, equipos o productos "potencialmente peligrosos" aquellos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores que los desarrollan o utilizan. 6. Se entenderá como "equipo de trabajo" cualquier máquina, aparato, instrumento o instalación utilizada en el trabajo. 7. Se entenderá como "condición de trabajo" cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición: a) Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo; b) La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia; c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados; y d) Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador. 8. Se entenderá por "equipo de protección individual" cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

La salud laboral es considerada por la Sociedad como un bien jurídico de naturaleza pública y colectiva, por lo que el ámbito preventivo no es suficiente, convirtiéndose en legítimo que los incumplimientos en la normativa de prevención puedan ser sancionados tanto en vía administrativa (Inspección de Trabajo) como, eventualmente, por la vía penal, a través de los Jueces y Tribunales de este orden jurisdiccional (Varela, 2002).

Tabla 5.3. Artículo 15 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 15: Definiciones
<p>1. El empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención previsto en el artículo anterior, con arreglo a los siguientes principios generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evitar los riesgos Evaluar los riesgos que no se puedan evitar Combatir los riesgos en su origen Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud Tener en cuenta la evolución de la técnica Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual Dar las debidas instrucciones a los trabajadores <p>2. El empresario tomará en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y de salud en el momento de encomendarles las tareas.</p> <p>3. El empresario adoptará las medidas necesarias a fin de garantizar que sólo los trabajadores que hayan recibido información suficiente y adecuada puedan acceder a las zonas de riesgo grave y específico.</p> <p>4. La efectividad de las medidas preventivas deberá prever las distracciones o imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador. Para su adopción se tendrán en cuenta los riesgos adicionales que pudieran implicar determinadas medidas preventivas, las cuales sólo podrán adoptarse cuando la magnitud de dichos riesgos sea substancialmente inferior a la de los que se pretende controlar y no existan alternativas más seguras.</p> <p>5. Podrán concertar operaciones de seguro que tengan como fin garantizar como ámbito de cobertura la previsión de riesgos derivados del trabajo, la empresa respecto de sus trabajadores, los trabajadores autónomos respecto a ellos mismos y las sociedades cooperativas respecto a sus socios cuya actividad consista en la prestación de su trabajo personal.</p>

En los últimos años, los tribunales de justicia han ido dictando algunas sentencias en las que se considera el Síndrome de Burnout experimentado por un trabajador, como accidente laboral. Estas sentencias van sentando un precedente importante, al reconocer la existencia de accidentes laborales que tienen un origen psicosocial y no meramente físico, pero el reto que se plantea es más ambicioso, es decir, contribuir a que el Síndrome de Burnout acabe reconociéndose como enfermedad profesional para determinadas profesiones, en dónde ya existe evidencia empírica que apoyan esta consideración.

Antes de exponer algunas de las sentencias más relevantes en las que se considera el Síndrome de Burnout, se abarcan los conceptos de accidente laboral y enfermedad profesional para contextualizar el marco legal.

Atendiendo a la definición de [accidente de trabajo](#) proporcionada por el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social) (Véase Tabla 5.4.), se entiende por accidente de trabajo, toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena, teniendo en consideración las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. En este sentido, si las lesiones se producen durante el tiempo de trabajo y en el lugar de trabajo, se presumirán “*iuris tantum*” constitutivas de accidente de trabajo.

Es criterio jurisprudencial reiterado, el de entender que aquellas enfermedades que cumplan el postulado anterior, pero que al no estar previstas en el listado de enfermedades profesionales y no poder, por lo tanto, protegerse como tales, sean amparadas a través del recurso jurídico de permitirles participar de la naturaleza jurídica de accidente de trabajo, recibiendo la misma protección a todos los efectos.

No obstante, es importante resaltar que se incluyen también las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente, siendo indiferente por lo tanto, la existencia previa de rasgos congénitos de la enfermedad o inherentes a la personalidad del trabajador, siempre que se acuse una agravación notable del cuadro sintomatológico con ocasión o a consecuencia del trabajo desempeñado, bien porque el accidente de trabajo sacó la enfermedad de su estado latente evidenciándola, bien porque desencadena el cuadro patológico o lo agrava, lo cual resulta acreditado desde

el momento en que se constata una mejora del mismo en aquellos períodos de ausencia en su puesto de trabajo, como pueden ser los vacacionales o correspondientes a suspensiones contractuales motivadas por una incapacidad temporal derivada de la misma contingencia.

Tabla 5.4. Artículo 115. Definición de accidente de trabajo.

Accidente de trabajo
<p>1. Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.</p>
<p>2. Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. - Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos. - Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa. - Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo. - Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. - Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. - Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.
<p>3. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.</p>
<p>4. No obstante lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza. - Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.
<p>5. No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira. - La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

Atendiendo a la interpretación y aplicación jurisprudencial de este artículo, se puede deducir que son cuatro los elementos que delimitan conceptualmente el accidente de trabajo: 1) Una lesión corporal, entendiéndose por tal no sólo las físicas, sino también las secuelas o enfermedades psíquicas o psicológicas; 2) Que la víctima sea un trabajador por cuenta ajena; 3) Relación causal entre el trabajo y la lesión, produciéndose ésta con ocasión o como consecuencia del mismo; y 4) Relación causal entre la lesión y la situación de incapacidad protegida.

El artículo 116 de la Ley General de Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social), entiende como **enfermedad profesional** la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En tales disposiciones, se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro, de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Para poder ser considerada una enfermedad profesional, es necesario no sólo que se dé con ocasión o en el desarrollo de su trabajo, sino que además aparezca incluida en el listado de enfermedades profesionales ad hoc, en cuyo caso se aplicaría la presunción "*iuris et de iure*" de su carácter laboral y en el caso de no estar referenciada, es criterio jurisprudencial habitual de los tribunales, reconducir su protección a través del accidente de trabajo, como ya se ha señalado.

El Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), aprobó una nueva lista de enfermedades profesionales en su reunión de 25 de marzo de 2010

(Véase Tabla 5.5.). Elaborada con el objetivo de ayudar a los países en la prevención, el registro, la notificación y, si procede, la indemnización de las enfermedades causadas por el trabajo, esta nueva lista sustituye a la que figura en el anexo de la Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales y el registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (núm. 194) que fue adoptado en 2002.

Tabla 5.5. Clasificación de la Lista de Enfermedades Profesionales.

1. Enfermedades profesionales causadas por la exposición a agentes que resulte de las actividades laborales: 1.1. Enfermedades causadas por agentes químicos. 1.2. Enfermedades causadas por agentes físicos. 1.3. Agentes biológicos y enfermedades infecciosas o parasitarias.
2. Enfermedades profesionales según el órgano o sistema afectado: 2.1. Enfermedades del sistema respiratorio. 2.2. Enfermedades de la piel. 2.3. Enfermedades del sistema osteomuscular. 2.4. Trastornos mentales y del comportamiento.
3. Cáncer profesional (especificando los agentes causales).
4. Otras enfermedades.

Los criterios utilizados para decidir qué enfermedades han de ser consideradas en la lista actualizada incluyen que exista una relación causal entre la enfermedad y un agente, una exposición o un proceso de trabajo específico, que ocurra en relación con el ambiente de trabajo y/o en ocupaciones específicos, que tenga lugar entre grupos de trabajadores afectados con una frecuencia que excede la incidencia media en el resto de la población y que haya evidencia científica de un patrón bien definido de la enfermedad tras la exposición y verosimilitud de la causa.

La nueva lista incluye una serie de enfermedades profesionales reconocidas internacionalmente, desde enfermedades causadas por agentes químicos, físicos y biológicos, hasta enfermedades de origen respiratorio y de la piel, trastornos del

sistema osteomuscular y cáncer profesional. Por primera vez se han incluido de manera específica en la lista de la OIT los trastornos mentales y del comportamiento. A su vez, se incluyen puntos abiertos en todas las secciones, lo que permite el reconocimiento del origen profesional de enfermedades que no figuran en dicha lista, siempre y cuando se haya establecido un vínculo entre la exposición a los factores de riesgo que resulte de la actividad laboral y las enfermedades contraídas por el trabajador.

A modo de ejemplo, se cita un extracto de una sentencia del [Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 30 Diciembre de 2005](#), en la que se considera probada, mediante informes de médicos y psicólogos, que el origen de la situación de perturbación física y psicológica que padece un individuo, parte de su situación laboral.

“Tercero.- (...) entiende que debe de ser calificada con origen en el trabajo (...) conforme al artículo 115.1 de la Ley General de la Seguridad Social, se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Concepto que incluye también las lesiones psicológicas, si se acredita que están las mismas producidas por y/o en el trabajo, aunque su etiología sea más compleja y normalmente lenta. Concepto que debe de ser puesto en relación con lo que se añade en el punto 2,e) del mismo precepto, que entiende como tal accidente de trabajo las enfermedades no incluidas dentro del listado de las enfermedades profesionales a que se refiere el artículo 116 de la citada LGSS, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Atendiendo a los hechos que han sido declarados probados, parece claro que los expertos, médicos y psicólogos, entienden que el origen de la situación de perturbación tanto física como psicológica que padece el recurrente tiene origen laboral, es decir, en el trabajo, y con origen en años anteriores. Conclusión clínica esta que debe de conducir a que se deba de mantener el claro origen laboral de su situación...”.

En este sentido, si el Síndrome de Burnout es entendido como una respuesta al Estrés Laboral (o problema de estrés crónico relacionado directamente con el entorno laboral) no es congruente el que no se considere como una enfermedad profesional, cuando la

Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea en su Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo, referenció ya en 1999, que el objetivo de cuales quiera directrices nacionales, sería hacer que en los Estados miembros, se comprenda mejor que el estrés relacionado con el trabajo es un tema vital de salud en el trabajo.

A su vez, desde distintos foros, tanto por parte de las autoridades en materia de salud laboral como de los sindicatos, se han alzado las voces demandando el reconocimiento del Síndrome de Burnout como enfermedad profesional. No obstante, se han sentado precedentes jurídicos importantes en este sentido que a continuación se exponen.

5.4. Revisión de sentencias del Síndrome de Burnout.

5.4.1. Sentencias en las que se consideran las consecuencias del Síndrome de Burnout.

♦ *Tribunal Superior de Justicia del País Vasco del 2 de noviembre de 1999:*

Es la primera sentencia que abrió la puerta para considerar como accidente de trabajo, una lesión anímica producida como efecto de la realización de un determinado trabajo:

“La conexión entre el agotamiento profesional y la prestación de servicios en circunstancias que alteren gravemente la autoestima, la conciencia de la propia dignidad personal, generando ansiedad extrema, sentimientos de incapacidad y culpa, puede ser calificada como enfermedad de trabajo y no como accidente súbito e inesperado, por cuanto se gesta de forma lenta y acumulativa. En todo caso, tendrá el tratamiento de accidente de trabajo y, según los grados de frustración generados, originar una incapacidad permanente absoluta o bien sólo para el trabajo habitual”.

Posteriormente se ratificó en el *Tribunal Supremo el 26 de octubre del 2000*, considerando que un proceso de baja por enfermedad común, que le fue prescrito a un monitor de un Centro Especial de Empleo de disminuidos psíquicos, como consecuencia del

trastorno adaptativo provocado por el Burnout se calificará como accidente de trabajo. En dicha sentencia se reconocía que la causa exclusiva del Síndrome de Burnout que presentaba el trabajador, había sido de su actividad laboral, definiéndolo como: “Un tipo característico de estrés que se da en aquellas profesiones de quienes realizan un trabajo en contacto con otras personas que, por sus características, son sujetos de ayuda (como profesores o asistentes sanitarios), y surge al ver el profesional defraudadas sus expectativas por no poder poner en práctica sus ideas de cómo debe ser realizado su trabajo”.

Otras sentencias relacionadas con personas discapacitadas: *Juzgado de lo Social nº 1 de Vigo, de 20 de febrero de 1999 y del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, 7 de diciembre de 2001* (desestima recurso de suplicación sentencia del *Juzgado de lo Social nº 4 de Vigo, 8 de agosto de 2001*), referencian que “Los riesgos característicos de este centro son: Síndrome de Burnout, agresiones y sobreesfuerzos, exposición a agentes biológicos. Dichos riesgos afectan a todos los trabajadores del centro, en mayor o menor medida”.

★ *Juzgado de lo Social nº 10 de Sevilla, abril de 2003:*

En la que se manifiesta que el padecimiento del médico fallecido “Es un trastorno de personalidad que desencadenó su muerte al interactuar en un ambiente laboral altamente estresante: es el llamado Síndrome de Burnout, término que equivale al desgaste profesional o del profesional quemado, exhausto o sobrecargado”.

En esta línea, se ratifican en el Tribunal Supremo otras sentencias del Tribunal Superior de Andalucía que reconocen el carácter de accidente laboral de esta enfermedad, que causa trastornos respiratorios, inmunológicos y cardiovasculares de gravedad, y cuyas causas desencadenantes se encuentran en la cantidad de horas que los enfermeros pasan junto al enfermo.

♦ *Juzgado de lo Social nº 1 de Alicante, 6 de mayo de 2003:*

Estima incapacidad permanente absoluta para un médico considerando el Síndrome de Burnout como accidente de trabajo.

“... aparece acreditado, pues todos los informes coinciden, que el actor padece síndrome de burn-out, cuadro ansioso depresivo asociado, debiendo convenirse que su estado y según el test realizado de Maslach Burnout Inventory (MBI), y que consta en el informe emitido y ratificado del Dr. ..., es de diagnóstico severo, al suponer las máximas cuotas en agotamiento emocional, despersonalización, y mínimo nivel de realización personal y alcanzando un proceso de desarrollo en que no es posible la reversibilidad del mismo. Debe convenirse que el actor que ha tenido que llegar a solicitar la excedencia voluntaria, resulta absolutamente incapacitado para realizar las tareas encomendadas, y que desde largos años viene realizando, desde 1974, como especialista en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital. A poco que se tenga conocimiento de ello, bien sea por notoriedad o por experiencia privada (Stein), el trabajo de médico intensivista, y ante la gravedad de los enfermos que atiende en la UCI, y salvo que el médico goce de un alto y permanente estado de ánimo, puede derivar al transcurso del tiempo, al síndrome que el actor presenta. La aversión total que el actor refiere a la UCI con las expresiones límites que refiere y constan en el informe médico aportado, no dejan mayores dudas a su propósito. Es por todo ello, por lo que sin mayor abundamiento que debe convenirse que el actor se encuentra en situación de incapacidad permanente, y además en grado de absoluta para todo trabajo siendo como se ha dicho un proceso irreversible. Indicado ello, y por los propios motivos antes dichos debe convenirse también, que el proceso del actor deriva de accidente de trabajo, por su causación por y desde el trabajo desarrollado, con causalidad directa e inmediata pues la tensión psicológica que ha venido sufriendo ha agravado progresivamente el síndrome actual del actor de “estar quemado”, por lo que en definitiva procede estimar la demanda y declarar al actor en situación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, cuya declaración comportara el lucro de una pensión mensual y vitalicia en cuantía del 100 por 100 de su base reguladora....”.

✦ ***Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, 20 de enero de 2005:***

Desestima el recurso interpuesto contra la sentencia del *Juzgado de lo Social nº 16 de Barcelona, de 27 Diciembre de 2002* y reconoce que el estrés causado por la desproporción entre esfuerzo y resultados en el trabajo, o síndrome del quemado, es un accidente laboral y no una enfermedad común, porque al margen de la personalidad de la afectada, es una patología que se inicia en el ejercicio profesional, que se vincula a él y que se agrava con él. Reconocimiento del Síndrome de Burnout como accidente laboral, concediendo la incapacidad permanente absoluta a una maestra de Barcelona.

La mutua del colegio privado concertado en el que trabajaba la mujer, recurrió la decisión del tribunal de primera instancia al entender que, la dolencia de la maestra, no se debía a un accidente laboral porque no estaba clara "la relación causal entre el trabajo y su enfermedad". Sin embargo, el escrito del TSJC aclara que este tipo de dolencias "se gestan de una forma lenta y acumulativa", pero también "se relacionan directamente con el trabajo". Recuerda que el "síndrome del quemado o de agotamiento profesional", se define como "agotamiento físico, emocional y mental" motivado por "un proceso en el que se acumula un estrés excesivo por una desproporción entre la responsabilidad y la capacidad de recuperación" del empleado. En opinión del tribunal, en este caso el síndrome del "burn out" ha afectado a la profesora "estando en el trabajo y como consecuencia del mismo" y le ha ocasionado "un deterioro que actualmente no le permite la actividad laboral". Por este motivo, el tribunal reconoce la incapacidad permanente absoluta de la profesora para continuar su labor docente, y condena a la mutua del centro escolar en la que trabajaba la profesora, a abonarle una pensión del cien por cien de su base reguladora.

♦ **Audiencia Nacional de 21 Noviembre de 2005:**

Considera que la enfermedad psíquica que padece la interesada, se produjo de forma directa e inmediata como consecuencia del trabajo.

“Quinto: (...) La resolución hoy impugnada, admite en sus razonamientos jurídicos, la existencia como enfermedad, aun cuando sea común y no haya llegado todavía a la categoría clasificada de enfermedad profesional, del llamado Síndrome de Burnout, recogiendo sus características referenciadas en la sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de fecha 2 de noviembre de 1999 de la Sala de lo Social (...) Por todo ello, debe declararse que la enfermedad psíquica que padece la actora ... fue producida de forma directa e inmediata como consecuencia del mismo del servicio prestado durante el tiempo que estuvo destinado en ...” .

♦ **Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, 8 de abril de 2008:**

Desestima el recurso de suplicación interpuesto por una Mutua contra la sentencia del *Juzgado de lo Social nº 3 de Donostia (San Sebastian) de fecha 16 de julio de 2007,*

estimando situación de incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo a un guardia municipal, condenando a la Mutua a que abone al demandante una pensión vitalicia equivalente al 100% de su base reguladora.

“El equipo de valoración de incapacidades, emitió su preceptivo informe en fecha 30 de octubre de 2006, habiéndose propuesto la calificación del trabajador como incapacitado permanente en grado total, señalando como cuadro residual que resta al demandante, el siguiente trastorno adaptativo como respuesta emocional a vivencias de cambio en su trabajo y conocer estaba en lista de ETA. Posible reacción de burnout o síndrome del quemado, señalando que las limitaciones funcionales y orgánicas del demandante son: ánimo bajo, suspicaz, irritable, rabia contenida, sentimiento de vacío y desesperanza, apatía, agorafobia, ansiedad acusada, aislamiento social.; Que el cuadro incapacitante que resta al demandante en la actualidad es el siguiente: trastorno adaptativo, trastorno depresivo mayor y posible Síndrome de Burnout.; Quiere con ello decirse que descubrimos una enfermedad psíquica cuya influencia y causalidad viene dado por el desarrollo de la actividad laboral y no por causas distintas que han podido objetivarse o tener la consideración en la valoración probatoria de instancia. Piénsese que la ausencia de cualquier otro tipo de revisión fáctica y los datos de la consideración que se recogen en la instancia provocan que el proceso que debuta y su déficit psicológico-psiquiátrico deben tener una evidencia de contingencia profesional o son consecuencia de lo que la instancia denomina “desbordamiento” del concepto de accidente de trabajo, al encuadrar patologías psíquicas que se contraen por motivo u ocasión del trabajo, de modo y manera que la vinculación a la incidencia profesional se pauta por esa vivencia y entronización del conocimiento y aparición en lista de amenazados que le provoca el aislamiento, la irritabilidad, desconfianza y resto de patologías o limitaciones que posteriormente valoraremos.

En suma nos apartamos de la sentencia referenciada por el recurrente de 2 de noviembre de 2005 Recurso 1540/05 por cuanto en ella se pautan aspectos fácticos de un trastorno psíquico que puede haber surgido por causas distintas de la actividad laboral objetivada a consecuencia de vivencias negativas en las que se mezclan factores internos de modo de relación o características de personalidad que en el de autos no aparecen (se habla de conductas discriminatorias, acosos u otros con una afectación psíquica que no se anexa o relaciona de forma exclusiva con el trabajo).

Y es que inalterada la relación fáctica recogida en los hechos probados 4º) y 5º) y la consideración que de la misma índole debe tener el fundamento jurídico segundo in fine, el estudio del trastorno adaptativo, trastorno de depresión mayor que se concreta en un cuadro psicológico-psiquiátrico de ánimo bajo o suspicaz, irritable, rabia contenida, sentimientos de vacío, desesperanza, apatía, agorafobia, ansiedad

acusada, aislamiento social y otros, que provocan que las funciones cognitivas simples (atención, concentración, memoria de fijación) hayan disminuido de forma notable, y las funciones cognitivas estén afectadas funcionalmente, suponen como ya hemos dicho en otras ocasiones para temática idéntica (sentencia del TSJ del País Vasco, 23 de octubre de 2007 Recurso 1991/07) un cuadro de afectación psicológico-psiquiátrica que no permite acometer ninguna ocupación laboral por muy liviana o sedentaria que fuese dada la repercusión actual de dichas dolencias, donde las limitaciones e importantes repercusiones de las capacidades cognitivas hacen impensable, en el momento actual, cualquier tipo de ocupación laboral.”

5.4.2. Sentencias en las que se explican porqué no se puede considerar el Síndrome de Burnout.

✦ *Tribunal Superior de Justicia de Murcia, 24 de mayo de 2004:*

Desestima el recurso de suplicación interpuesto por la parte actora contra Sentencia del *Juzgado de lo Social nº 4 de Murcia de fecha 30 de enero de 2003*, en autos promovidos sobre reclamación de Seguridad Social.

“Si bien es cierto que se han producido una serie de sentencias favorables que reconocen que las psicopatologías pueden tener su origen en el lugar de trabajo (País Vasco, Cataluña, Valladolid, Granada y Baleares) al considerar el estrés laboral o burnout como accidente de trabajo, pues a pesar que esta psicopatología no está recogida en el cuadro de enfermedades profesionales consideran accidente laboral la enfermedad o lesión que se contraiga en el lugar de trabajo. Lo cual evidencia la necesidad de completar y poner al día el citado Real Decreto. Sin embargo, en el caso de autos no se está ante una de estas enfermedades que dan lugar a la apreciación de un burnout, entendiendo por tal la respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico o psíquico, actitud fría y despersonalización en la relación hacia los demás y sentimiento de insatisfacción personal con las tareas que ha de realizar. Es decir, es una respuesta al estrés (o desequilibrio entre las demandas del entorno y las capacidades para hacerlas frente) laboral que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto. Pues bien en el supuesto enjuiciado, aunque se denomine síndrome (entendido como un conjunto determinado de síntomas que forman una unidad patológica) ansioso-depresivo, lo acreditado en las actuaciones es que el mismo no nace como consecuencia del estrés laboral, ya que no se dan las características propias del burnout: aspectos psicósomáticos: fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras...; conductuales:

absentismo laboral, al uso de drogas...; emocionales: aburrimiento, impaciencia, distanciamiento afectivo... y, laboral: detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad que presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes. Los profesionales de la sanidad y de la enseñanza son los más afectados por este síndrome de desgaste profesional, porque son profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás, asentándose sobre una personalidad perfeccionista con un alto grado de autoexigencia, con una gran tendencia a implicarse en el trabajo. Les siguen los trabajadores sociales, profesionales de alto riesgo, penitenciario, empresario, alto directivo o empleos rutinarios y monótonos. El burnout es por tanto un tipo característico de estrés que se da en aquellas profesiones de quienes realizan su trabajo en contacto con otras personas que por sus características son sujetos de ayuda. Es un trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de la interacción de la situación laboral o del mismo trabajo. Y todas estas características de “trabajador quemado” consistentes en una feroz competitividad, inseguridad en el trabajo, exigencias del medio, cambios trascendentales de enfoque de vida y costumbres, etc., no se encuentran presentes en este procedimiento ya que el trabajador recurrente dos años antes de la baja enjuiciada sufrió episodio depresivo sin síntomas psicóticos con trastorno de ansiedad generalizada y rasgos obsesivos de la personalidad, trastorno de la personalidad mixto (esquizoide-anancástico); no tiene contacto directo con el público pues trabaja en el departamento de inversiones y riesgos de una caja de ahorros; la responsabilidad de las operaciones recae en el director de la oficina bancaria donde presta sus servicios el trabajador demandante donde además existen un interventor, dos cajeros y otro empleado. En consecuencia, la interpretación del síndrome del “trabajador quemado” no puede ser interpretado ampliamente sino solamente cuando esté probado que existe una clara relación causa-efecto entre el trabajo y la enfermedad del trabajador puede considerarse la misma como accidente laboral, lo que no sucede en el presente caso. De ahí, que deba confirmarse la sentencia de instancia por sus propios argumentos y según lo anteriormente expresado”.

✦ ***Tribunal Superior de Justicia de Extremadura de 27 Enero de 2005:***

Desestima la pretensión del trabajador por considerar que existe una falta de acreditación de la relación causa efecto entre el trastorno adaptativo con sintomatología ansioso depresiva sufrido por el solicitante y el Síndrome de Burnout.

“Cuarto: (...) No obstante, hemos de aclarar, transcribiendo para ello la sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 2 de noviembre de 1999 ... (que): La situación de agotamiento psíquico burn-out, en castellano "estar quemado", es un tipo muy característico de estrés que se da en aquellas profesiones de quienes realizan su trabajo en contacto con otras personas que, por sus características,

son sujetos de ayuda (profesores, personal sanitario, asistentes sociales, etc.), y surge al ver el profesional defraudadas sus expectativas al verse imposibilitado de modificar la situación laboral y de poder poner en práctica sus ideas con respecto a cómo debe ser realizado su trabajo. El estudio editado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo... refiere como... el "burn-out", que no surge de manera súbita sino que es un proceso continuo, es un estrés de carácter crónico experimentado en el contexto laboral, que presenta las siguientes características:

- El individuo presenta síntomas de agotamiento emocional, cansancio físico y psicológico.
- En su intento de aliviar esta situación trata de aislarse, desarrollando una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás, mostrando una falta de compromiso con el trabajo.
- Se da un sentimiento de inadecuación, incompetencia, ineficacia, etc., de no poder atender debidamente las tareas.

(...) Y por último, en lo que respecta la invocación del artículo 115.3 de la LGSS, en ningún momento consta que la enfermedad surja en el tiempo y lugar de trabajo (...) De lo contrario llegaríamos al absurdo de concluir que todo trastorno de la naturaleza que sufre la trabajadora en el ámbito de la Administración Pública y con fundamento único en su propia organización, derivaría de la contingencia de accidente de trabajo. (...)"

MARCO EMPÍRICO

Capítulo 6

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6.1. Introducción.

Este estudio parte desde un marco interaccionista en el que se analizan las Variables Laborales y Personales que influyen, una vez que el Síndrome de Burnout ya se ha desarrollado, entendido como la experiencia que resulta de la combinación de los Desencadenantes (objetivos y percibidos) junto a los Facilitadores.

La identificación de los Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Burnout es una tarea compleja, si se parte de la premisa de que cualquier situación crónica molesta, en el entorno laboral, puede ser un estresor. Si además, se tiene en cuenta que la condición de estresor, de acuerdo con lo establecido en el Enfoque Transaccional, depende del tipo de apreciación que la persona hace de la situación, de su vulnerabilidad al mismo (características individuales) y de las estrategias de afrontamiento disponibles, la complejidad del problema es comprensible.

Por tanto, en relación a las Variables Laborales y con el objetivo de mejorar las condiciones de trabajo, es necesario identificar elementos recurrentes, en cuya presencia, se suele desencadenar el Síndrome de Burnout. En atención a las Variables Personales, la Investigación está encaminada a identificar aquellas características facilitadoras, las cuales hacen más vulnerables a las personas, ante dichos elementos.

6.2. Objetivos de la Investigación.

Desde el inicio de la Investigación, se han perseguido tres OBJETIVOS GENERALES que han guiado el desarrollo de este trabajo, basado en estudiar y analizar una muestra de profesionales sanitarios del Área 11, seleccionada por padecer Síndrome de Burnout moderado-severo, y que se detallan a continuación:

- Describir las **Dimensiones** que configuran el Síndrome de Burnout (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo) y su distribución muestral, así como la relación entre ellas.
- Identificar los **Desencadenantes** relacionados con el Síndrome de Burnout: Describir el perfil laboral que presentan los participantes, conocer las Variables Laborales que inciden de manera significativa en el Síndrome de Burnout y analizar su relación con las dimensiones del Síndrome, así como la percepción de la Calidad de Vida Profesional.
- Identificar los **Facilitadores** relacionados con el Síndrome de Burnout: Describir el perfil sociodemográfico de los participantes, conocer las Variables Personales que inciden de manera significativa en el desarrollo del Síndrome de Burnout y analizar su relación con las dimensiones del Síndrome, así como la estructura de Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica.

De manera mas concreta, los OBJETIVOS ESPECÍFICOS planteados se han diseñado en los apartados que marcan los generales para alcanzar mayor clarificación en la exposición:

En relación a las **DIMENSIONES** del Síndrome de Burnout

- **Objetivo1:** Describir las tres dimensiones del Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo, mediante el análisis de los ítems del MBI y su distribución muestral.
- **Objetivo 2:** Establecer el tipo de relación que mantienen las dimensiones del Síndrome de Burnout entre sí, evaluadas mediante el MBI.

En relación a los **DESENCADENANTES** del Síndrome de Burnout

- **Objetivo 3:** Describir el perfil laboral (Variables del Puesto y Centro de trabajo) de los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid que padecen Síndrome de Burnout y examinar si la categoría profesional, el modelo de trabajo, la situación laboral, el turno de trabajo, ejercer un cargo directivo, la presión asistencial, la ubicación del centro y el número de unidades en el centro, influyen de manera significativa en cada una de las dimensiones que configuran el Síndrome.
- **Objetivo 4:** Describir la Calidad de Vida Profesional percibida por los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid que padecen Síndrome de Burnout mediante el análisis de los ítems del CVP-35, distribución muestral de las tres dimensiones (Apoyo Directivo, Cargas de Trabajo y Motivación Intrínseca) y relación entre ellas.
- **Objetivo 5:** Relacionar las dimensiones del Síndrome de Burnout con las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.

En relación a los **FACILITADORES** del Síndrome de Burnout

- **Objetivo 6:** Describir el perfil personal (Variables Sociodemográficas) de los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid que padecen Síndrome de Burnout y examinar si el sexo, la edad, el estado civil, el número de hijos, los años trabajados (INSALUD, Área 11 y misma plaza) y haber estado de baja laboral, influyen de manera significativa en cada una de las tres dimensiones que configuran el Síndrome.
- **Objetivo 7:** Describir la estructura de Personalidad (Rasgos-Trastornos) y Comorbilidad Psiquiátrica (Síndromes Clínicos) de los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid que padecen Síndrome de Burnout, evaluados mediante el MCMI-II.

- **Objetivo 8:** Relacionar las dimensiones del Síndrome de Burnout con cada uno de los Rasgos-Trastornos de Personalidad y Síndromes Clínicos de gravedad moderada o severa.

6.3. Hipótesis de la Investigación.

A partir de los anteriores objetivos y de las inquietudes generadas en la revisión del marco teórico, se enuncian 8 hipótesis de trabajo:

En relación a las **DIMENSIONES** del Síndrome de Burnout

- **Hipótesis 1:** Si la muestra seleccionada padece Síndrome de Burnout su distribución dimensional se caracterizará por niveles altos en Cansancio Emocional y actitudes de Despersonalización junto a una baja Realización Personal en el trabajo.
- **Hipótesis 2:** El Síndrome de Burnout es un constructo multidimensional integrado por tres dimensiones independientes entre si (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo).

En relación a los **DESENCADENANTES** del Síndrome de Burnout

- **Hipótesis 3:** Existe relación entre las Variables Laborales (Puesto y Centro de trabajo) y las dimensiones del Síndrome de Burnout.
- **Hipótesis 4:** La percepción de la Calidad de Vida Profesional de los profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout no alcanzará valores óptimos.
- **Hipótesis 5:** El Síndrome de Burnout se relaciona de manera inversa con la percepción de la Calidad de Vida Profesional que tienen los profesionales sanitarios.

En relación a los **FACILITADORES** del Síndrome de Burnout

- **Hipótesis 6:** Existe relación entre las Variables Personales (Sociodemográficas) y las dimensiones del Síndrome de Burnout.
- **Hipótesis 7:** La estructura de Personalidad de los profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout presentará algún Rasgo-Trastorno característico así como un nivel significativo de Síndromes clínicos de gravedad (moderada y/o severa).
- **Hipótesis 8:** El Síndrome de Burnout se relaciona significativamente con la Personalidad (Rasgos y Trastornos) y Comorbilidad Psiquiátrica (síndromes clínicos) que presentan los profesionales sanitarios.

Capítulo 7

MÉTODO

7.1. Participantes.

Los participantes de esta Investigación son 148 profesionales sanitarios de Atención Primaria del Área 11 de la Comunidad de Madrid, los cuales han sido seleccionados de un estudio previo a este, en la cual se partía de la evaluación de todos los profesionales pertenecientes a dicha Área participando en la recogida de datos un total de 881 profesionales (140 sujetos no cumplían los criterios de inclusión).

Partiendo de un tamaño muestral de 741 sujetos que cumplen todos los requisitos, 639 profesionales presentan Síndrome de Burnout en alguna o todas las dimensiones que conforman dicho Síndrome, cumplimentando 163 sujetos el MCMI-II, resultando 15 protocolos inválidos y, por tanto, no analizados, quedando como participantes finales 148 sujetos (Véase Figura 7.1.).

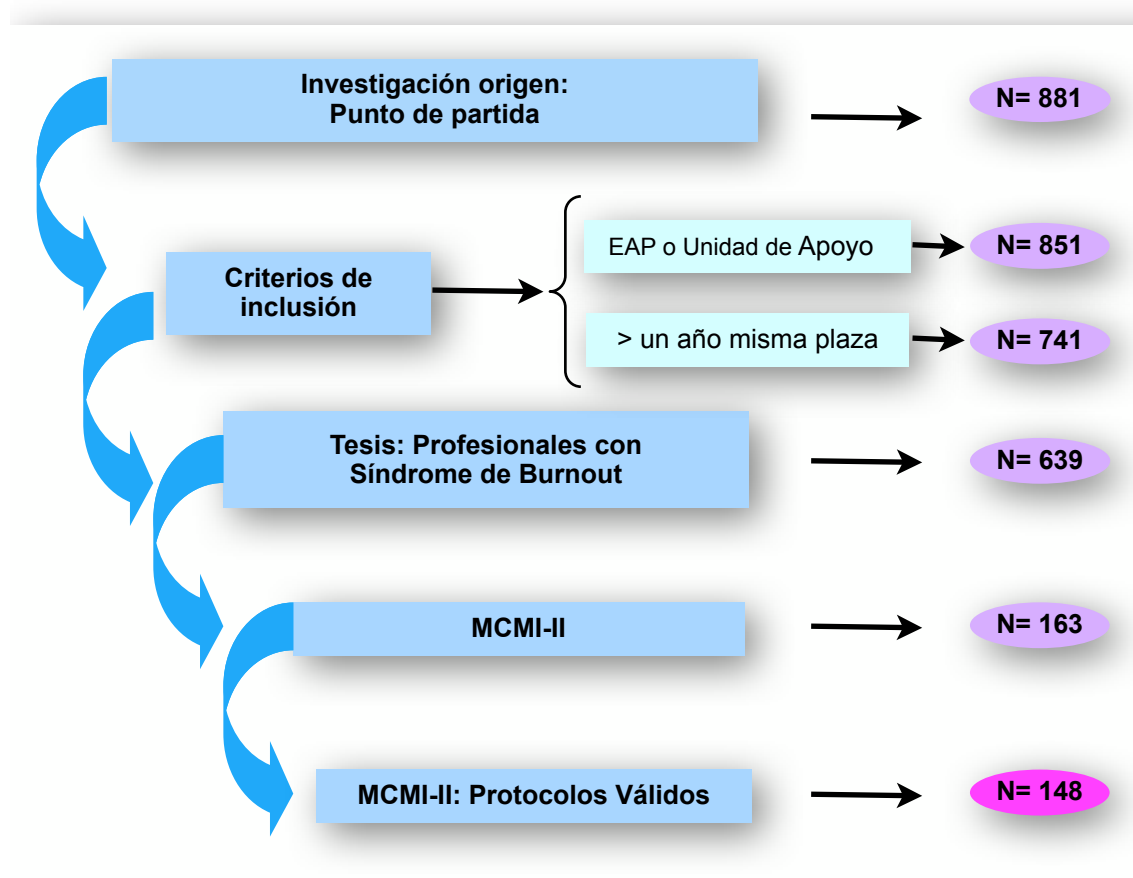


Figura 7.1. Evaluación, detección y selección de los participantes.

La muestra resultante para el estudio en esta Investigación, se distribuye en un 21,6% de varones y 78,4% de mujeres, con una edad media de 44,03 años (DT= 7,95). Más de la mitad de la muestra están casados (62,8%) y tienen al menos un hijo (66,2%).

En relación a los años trabajados en el INSALUD, los participantes presentan una media de 16,99 años (DT= 7,94) con una permanencia de 12,08 años (DT=6,64) en el Área 11 de la Comunidad de Madrid y 9,39 años de desempeño laboral en la misma plaza (DT= 6,40). Un 8,1% de los sujetos había estado de baja laboral en los últimos seis meses de la fecha en la que se realizó el estudio.

Prácticamente todos los participantes pertenecen a un Equipo de Atención Primaria (96,6%), siendo las profesiones de médico de familia (43,2%) y enfermería (35,8%) en las que se concentra la mayor parte de la muestra. Más de la mitad de los profesionales nunca habían desempeñado un cargo directivo (60,4%), con una situación laboral de interinidad (50,7%) y un turno de trabajo en horario de mañana (54,1%).

7.2. Diseño de la Investigación.

En base a los objetivos planteados, se ha optado por el diseño de un estudio transversal en el que se utiliza la modalidad de encuesta en la recogida de información, encuadrándose dentro de un modelo descriptivo y correlacional. Es decir, se pretende definir las Variables Laborales (Desencadenantes) y Personales (Facilitadores) de los profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout, así como analizar la relación entre dichas variables con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

Se consideran Variables Independientes los Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Burnout, obtenidas mediante el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, el CVP-35 y el MCMI-II, las cuales se analizan en relación a las dimensiones

que configuran el Síndrome de Burnout (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo) evaluadas mediante el cuestionario MBI (Variables Dependientes) (Véase Tabla 7.1.).

Tabla 7.1. Variables Independientes e Instrumentos de medida.

DESENCADENANTES Variables Laborales	FACILITADORES Variables Personales
<u>Variables del puesto y centro de trabajo</u> <i>(Cuestionario Sociodemográfico y Laboral)</i> Categoría profesional Modelo de trabajo Situación laboral Turno de trabajo Cargo directivo Presión asistencial Ubicación del centro Número de unidades	<u>Variables sociodemográficas</u> <i>(Cuestionario Sociodemográfico y Laboral)</i> Sexo Edad Estado civil Número de hijos Años trabajados Baja laboral
<u>Calidad de Vida Profesional</u> <i>(CVP-35)</i> Apoyo Directivo Cargas de Trabajo Motivación Intrínseca Calidad de Vida Profesional	<u>Personalidad y comorbilidad psiquiátrica</u> <i>(MCMI-II)</i> Rasgos de Personalidad Trastornos de Personalidad Síndromes clínicos de gravedad moderada Síndromes clínicos de gravedad severa

7.3. Descripción de los Instrumentos.

Los instrumentos que se han administrado a los participantes se corresponden a los objetivos e hipótesis que se han planteado en el Capítulo 6 de este estudio. En una primera **Fase de evaluación**, todos los sujetos cumplieron un cuaderno de recogida de datos que contenía: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral (Variables Sociodemográficas y Laborales de elaboración propia), MBI (dimensiones del Síndrome de Burnout) y el CVP-35 (dimensiones de la Calidad de Vida Profesional).

En una segunda **Fase de detección y selección**, los sujetos seleccionados rellenaron el MCMI-II para evaluar su Personalidad (Rasgos-Trastornos) y Comorbilidad Psiquiátrica (Síndromes clínicos de gravedad moderada y severa).

7.3.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.

Este cuestionario fue creado específicamente para la Investigación. Está compuesto por 15 preguntas que da respuesta a las siguientes variables: Edad (año de nacimiento), estado civil, sexo, número de hijos, categoría profesional, tiempo trabajado, situación laboral, desempeño de tareas directivas, características del centro, cantidad de unidades o equipos, turno de trabajo, tipo de equipo de trabajo, número total de trabajadores, presión asistencial media y absentismo laboral por baja en los últimos 6 meses (Véase Anexo I).

7.3.2. Inventario Burnout de Maslach (MBI).

Este instrumento fue elaborado por Maslach y Jackson apareciendo su versión definitiva en 1986. Es un inventario autoadministrado y compuesto por 22 ítems con siete opciones de respuesta de tipo Likert, en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Estos ítems se valoran entre 0 y 6, de manera que el 0 supone que el suceso en cuestión nunca ocurre y el 6 que ocurre todos los días, reservándose las puntuaciones intermedias para las frecuencias que aparecen entre los dos extremos citados, concretamente: 1 (pocas veces al año), 2 (una vez al mes o menos), 3 (unas pocas veces al mes), 4 (una vez a la semana) y 5 (pocas veces a la semana).

En la versión inicial (Maslach y Jackson, 1981), la escala para valorar los ítems presentaba dos formas (frecuencia e intensidad) y estaba formado por 25 ítems, incluyendo una cuarta dimensión denominada "Implicación con el trabajo". Posteriormente, debido a la intensidad de las correlaciones, se mantuvo la forma de frecuencia y se eliminó la de intensidad, así como la cuarta dimensión que tenía carácter opcional, quedando reducido a los 22 ítems presentados, agrupados en tres dimensiones (Maslach y Jackson, 1986):

- **Cansancio Emocional:** Evaluada por 9 ítems, valora la sensación de estar emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La puntuación máxima es de 54 y se asocia de manera directa con el Síndrome de Burnout.
- **Despersonalización:** Integrada por 5 ítems, mide el grado en el que la respuesta hacia las personas que reciben el servicio profesional es fría, distante e impersonal. La puntuación máxima es de 30 y se relaciona de manera directa con el nivel del Síndrome.
- **Realización Personal en el trabajo:** Consta de 8 ítems que valoran los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que se atiende. La puntuación máxima es de 48 y se relaciona de manera inversa con el Síndrome.

En cuanto a las propiedades psicométricas del MBI se considera que está validado internacionalmente para evaluación grupal, presentando una alta consistencia interna (0.70 / 0,90) y una fiabilidad de 0,90 para Cansancio Emocional, 0,79 para Despersonalización y 0,71 en Realización Personal en el trabajo, lo que viene a respaldar su uso en este trabajo.

Desde la perspectiva diagnóstica, el constructo y cada una de sus dimensiones se consideran variables continuas y las puntuaciones son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala (Maslach y Jackson, 1986), presentando problemas este sistema de categorización debido a que las puntuaciones no se ajusten a una distribución normal y que los puntos de corte no se hayan valorado empíricamente ni tengan validez clínica, pudiendo ser diferentes para cada país (Schaufeli y Dierendonck, 1995).

No obstante, es el instrumento que con mayor frecuencia se utiliza para medir el Síndrome de Burnout, independientemente del origen geográfico (Véase Tabla 7.2.) y de las características ocupacionales de la muestra (Véase Tabla 7.3.), generando un gran volumen de investigación.

Tabla 7.2. Aplicación del MBI en diferentes países.

PAISES	ESTUDIOS
Argentina	– Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez de Coll (2005)
Australia	– Pierce y Molloy (1989)
Canadá	– Leiter (1988) – Golembiewski et al (1986)
España	– Gil-Monte y Schaufeli (1991) – Montalbán y cols. (1995)
EEUU	– Maslach y Jackson (1981)
Gran Bretaña	– Firth, McIntee, Mckeown y Britton (1985)
Holanda	– Schaufeli y Dierendonck (1993)
Jordania	– Abu-Hilal y Salameh (1992)
Polonia	– Schaufeli y Janczur (1994)
Zimbawe	– Wilson y Chiwakata (1989)

En la última versión del manual (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) se presentan tres versiones del MBI:

- MBI-Human Services Survey (MBI-HSS*): Dirigido a los profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981), compuesto por 22 ítems que se distribuyen en tres dimensiones para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben el Cansancio Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal en el trabajo.

* MBI-HSS: Esta versión es la que se corresponde con el cuestionario utilizado en esta investigación y que es referenciado MBI.

- MBI-Educators (MBI-ES): Versión para profesionales de la educación, en la que cambia la palabra paciente por alumno, reproduciendo la misma estructura factorial del MBI-HSS y manteniendo el nombre de las dimensiones.
- MBI-General Survey (MBI-GS): Presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal, agotamiento y cinismo.

Tabla 7.3. Aplicación del MBI en diferentes profesiones.

PROFESIONES	ESTUDIOS
Profesores	<ul style="list-style-type: none"> - Iwanicki y Schwab (1981) - Belcastro, Gold y Hays (1983) - Gold (1984) - Gold y Michael (1985) - Sarros (1988b) - Abu-Hilal y Salameh (1992) - Oliver (1993) - Manassero y cols. (1996) - Guerrero (1998, 2003)
Personal sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - Maslach y Jackson (1986) - Gil-Monte y Schaufeli (1991) - Firth et al. (1985) - Schaufeli y Janczur (1994) - Wilson y Chiwakata (1989)
Trabajadores sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Jayaratne y Chess (1986) - LeCroy y Rank (1986) - Koeske y Koeske (1989) - Wallace y Brinkerhoff (1991) - Oktay (1992) - Poulin y Walker (1993) - Piedmont (1993) - Price y Spence (1994) - Gil-Monte y Peiró (1996) - Jenaro-Río, Flores-Robaina y González-Gil (2007)
Farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Lahoz y Mason (1989)
Organizaciones Penitenciarias	<ul style="list-style-type: none"> - Hernández-Martín y Ramos (2002) - Ruiz (2003) - Hernández-Martín (2006)

En este estudio, se ha empleado la adaptación española de Seisdedos (1997) ampliamente utilizada en nuestro país y concretamente en el ámbito profesional en el que se basa este estudio: El sanitario (De la Fuente y De la Fuente, 1997; De Pablo y Suberviola, 1998; Hidalgo y Díaz, 1994; Montalbán y Bonilla, 1996; Olivar y cols., 1999; Orozco y García, 1993). Incluye unas tablas de baremos que permiten la conversión de las puntuaciones directas en dos escalas de valor universal (ordinal y típica), siguiendo el mismo criterio normativo que los autores originales. La versión española recoge esta clasificación y los estadísticos básicos con sus muestras, obteniendo las puntuaciones para cada una de las dimensiones de la suma de los puntos anotados en los ítems correspondientes a cada una de ellas.

En relación a los puntos de corte, en la presente Investigación (Véase Tabla 7.4.), se han utilizado los criterios seguidos por otros autores españoles para personal sanitario (Cebrià y cols., 2001; De las Cuevas, 1994; Livianos y cols., 1999; Sos y cols., 2002), considerando para cada dimensión lo siguiente:

- **Cansancio Emocional**, puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Síndrome de Burnout, el intervalo de 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, y las puntuaciones de 18 o por debajo indicarían niveles bajos del Síndrome.
- **Despersonalización**, puntuaciones superiores o iguales a 10 indicarían nivel alto, de 6 a 9 medio e inferiores o iguales de 5 un nivel bajo.
- **Realización Personal en el trabajo** se interpreta en sentido opuesto a las anteriores, y así de 0 a 33 puntos indicaría baja Realización y alto Síndrome de Burnout, de 34 a 39 indicaría Realización intermedia y puntuaciones superiores a 40 indicaría alta sensación de logro o Realización y bajos niveles de Síndrome de Burnout

Tabla 7.4. Puntos de corte de las dimensiones del MBI en el sector sanitario.

DIMENSIONES	NIVEL		
	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	<18	19-26	>27
Despersonalización	<5	6-9	>10
Realización Personal en el trabajo	<33	34-39	>40

En conclusión, el Síndrome de Burnout se concibe como una variable continua que se puede experimentar bajo, moderado o alto, y no como variable dicotomizada que está presente o ausente. Por tanto, se considera que un sujeto presenta Síndrome de Burnout cuando obtiene puntuaciones altas en alguna (o las dos) dimensiones, Cansancio Emocional y Despersonalización, y/o bajas puntuaciones en la dimensión Realización Personal en el trabajo.

7.3.3. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35).

Entre los instrumentos que se han usado para medir la Calidad de Vida Profesional, el cuestionario CVP-35 (QVP-35 en su denominación original catalana), diseñado por Salvador García Sánchez (1993), reúne características de validez, fiabilidad y factibilidad que le hacen muy adecuado para su utilización en el medio sanitario.

Es un cuestionario autoadministrado y está compuesto por 35 ítems, 12 de los cuales se refieren a demandas, 22 a recursos y uno a una valoración global de la calidad de vida de un determinado puesto de trabajo (Véase Tabla 7.5.). Los ítems son valorados en una escala tipo Likert de 1 a 10, a la que se superponen las categorías “nada” (valores 1 y 2), “algo” (valores 3, 4 y 5), “bastante” (valores 6, 7 y 8) y “mucho” (valores 9 y 10).

Tabla 7.5. Cuestionario CVP-35: Demandas y recursos.

DEMANDAS	RECURSOS
* Cantidad de trabajo.	* Satisfacción con el trabajo.
* Presión recibida para realizar la cantidad de trabajo.	* Satisfacción con el sueldo.
* Presión recibida para mantener la calidad del trabajo.	* Posibilidad de promoción.
* Prisas y agobios por falta de tiempo.	* Reconocimiento del esfuerzo.
* Conflictos con otras personas.	* Motivación (ganas de esforzarse).
* Falta de tiempo para la vida personal.	* Apoyo de los jefes.
* Incomodidad física.	* Apoyo de los compañeros.
* Carga de responsabilidad.	* Apoyo de los subordinados.
* Interrupciones molestas.	* Apoyo de la familia.
* Estrés o esfuerzo emocional.	* Ganas de ser creativo.
* Capacitación necesaria para el trabajo.	* Posibilidad de ser creativo.
* Consecuencias negativas del trabajo para la salud.	* Desconexión al final de la jornada.
	* Feed-back de información.
	* Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito.
	* La empresa trata de desarrollar la calidad de vida.
	* Autonomía.
	* Creerse capacitado para su trabajo.
	* Variedad.
	* Su trabajo es importante para la vida de otras personas.
	* Sus propuestas son escuchadas y aplicadas.
	* Lo que tiene que hacer queda claro.
	* Orgullo del propio trabajo

Este cuestionario supone una adaptación de un cuestionario anterior muy similar (El Perfil de Estrés 35 o PE-35) y permite calcular un perfil compuesto por 4 tipos de puntuaciones resumen, que corresponden a las 3 dimensiones en el análisis factorial del cuestionario más la valoración de la Calidad de Vida Profesional global:

- **Apoyo Directivo:** Compuesta por 12 ítems, los cuales aportan la percepción que tiene el profesional del apoyo emocional que dan los directivos de la organización a la en la que se desarrolla laboralmente.

- **Cargas de Trabajo:** Esta dimensión la configuran 11 ítems midiendo la percepción de las demandas del trabajador sobre el puesto de trabajo que desempeña.
- **Motivación Intrínseca:** Formada por 10 ítems en aquellos casos en los que el profesional tenga subordinados a su cargo, si no es así, queda reducida a 9 ítems. Proporciona la percepción de la Motivación Intrínseca del trabajador.

Durante 1995, se validó en Atención Primaria de salud (Cabezas, 2000), encontrándose tanto de manera global como las subescalas de demandas y recursos una consistencia interna óptima (todos los casos entre 0,80 y 0,85). La estructura factorial que mejor describe el cuestionario se centra en las tres dimensiones indicadas (Apoyo Directivo, Cargas de Trabajo y Motivación Intrínseca) con una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,75 y 0,86). El porcentaje de varianza explicado por estas tres dimensiones es superior al 37%, similar al explicado en los análisis factoriales de este tipo de escalas.

Estas tres dimensiones influyen directamente en la percepción de la Calidad de Vida Profesional a modo general, entendiendo que entre ellas también existe un flujo interrelacional. Hay dos ítems que no se pueden englobar en ninguna de estas dimensiones: El ítem 34 ("Calidad de vida de mi trabajo"), debido a que una es una medida resumen de la percepción de Calidad de Vida Profesional global; y el ítem 15 ("Desconecto al acabar la jornada laboral"), el cual no correlacionaba con ninguna de las tres dimensiones, y dado que valora un aspecto importante de la Calidad de Vida Profesional como es la capacidad de desconectar del trabajo una vez finalizado, se decidió mantenerlo, aunque presentándolo de forma aislada.

En este estudio, se mantiene este planteamiento corroborado en otros estudios posteriores en los que se evalúa la consistencia interna, la capacidad discriminativa y

la composición factorial del CVP-35, en población de profesionales de Atención Primaria, encontrando una coincidencia casi total de los resultados con los descritos por el estudio previo de Cabezas (2000), lo que indica un comportamiento similar (Martín, Cortés, Morente, Caboblanco, Garijo y Rodríguez, 2004^{*}; Tomás-Sábado, Sánchez, Maynegre, Porcel, Isidro y Tor, 2011). No obstante, en otros estudios, las dimensiones en las que se estructuran los ítems del CVP-35 difieren de la establecida de la validación original (Clúa y Aguilar, 1998[†]; Sánchez, Álvarez y Lorenzo, 2003[‡]), remarcando que la empleada en esta investigación corresponde a la validada por Cabezas (2000).

Por último, se señala que este instrumento además de ser útil para evaluar la Calidad de Vida Profesional (Alonso y cols., 2002; Clúa y Aguilar, 1998; Fernández y cols., 2000; Jubete, Lacalle, Riesgo, Cortés y Mateo, 2005; Martín y cols., 2004; Sánchez y cols., 2003), lo es para explorar los efectos del “clima organizativo” en los trabajadores sanitarios (Delgado, Bellón, Martínez-Cañavate, Luna, López y Lardelli, 2006; Muñoz-Seco, Coll-Benejam, Torrent-Quetglas y Linares-Pou, 2006), identificar áreas de mejora o de cambio de la organización (Cortés, Martín, Morente, Caboblanco, Garijo y Rodríguez, 2003; Martín, Gómez, Beamud, Cortés y Alberquilla, 2007) y evidenciar los cambios “naturales” en el tiempo o tras las intervenciones puestas en marcha de mejora, es decir, es una herramienta sensible a los cambios desde el punto de vista poblacional y, por tanto, posee una capacidad evaluadora acreditada (Martín, Gómez, Martínez, Del Cura, Cabezas y García, 2008).

* Tan solo el ítem 2, “Satisfacción con el tipo de trabajo”, se encuentra más correlacionado con la dimensión Apoyo Directivo que con la Motivación Intrínseca. No obstante, señalan que aunque conceptualmente la propuesta de Cabezas (2000) puede parecer apropiada, quizá la correlación encontrada se deba a que la respuesta refleje un descontento con los *inputs* que el profesional recibe de la organización, más que con su propia aportación a ésta, y por eso se agrupe con otros ítems referentes al Apoyo Directivo. En el análisis factorial, las tres dimensiones explicaban el 39,6% de la varianza, por lo que no se seleccionaron más componentes. El ítem 15 presentaba una correlación muy débil con cualquiera de las tres dimensiones (del orden de 0,17 en el mejor de los casos), por lo que no se agrupó en ninguno de ellos. El ítem 34 se correlacionaba con los 3 y se obtuvieron coeficientes mayores de 0,3 (en valores absolutos).

† Presentan las siguientes dimensiones del CVP-35: incomodidades derivadas del trabajo (dimensión A, 5 ítems), soporte emocional por parte de los directivos (dimensión B, 10 ítems), carga de trabajo percibida (dimensión C, 5 ítems), recursos ligados al lugar de trabajo (dimensión D, 4 ítems), soporte social recibido (dimensión E, 3 ítems), motivación intrínseca (dimensión F, 4 ítems) y capacidad de realizar el trabajo (dimensión G, 3 ítems). Añaden dos dimensiones adicionales con la incorporación de dos ítems referentes a las expectativas de uso de los resultados de la encuesta y al orgullo de pertenecer al ICS.

‡ Establecen las mismas dimensiones que Clúa y Aguilar (1998), diferenciando un ítem específico sobre calidad global en el trabajo.

7.3.4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).

El MCMI, a lo largo de sus tres versiones: MCMI-I (Millon, 1983), MCMI-II (Millon, 1987) y MCMI-III* (Millon y Davis, 1997; Millon, Millon y Davis, 1994) se ha convertido en uno de los instrumentos más prestigiosos y utilizados internacionalmente para la evaluación de la psicopatología, tanto en ámbitos profesionales como de investigación (Butcher y Rouse, 1996; Piotrowski, 1997).

En 1998, se publicó la adaptación española del MCMI-II realizada por Ávila-Espada y Jiménez (1998, 1999). Desde entonces, este instrumento ha ido ganando en popularidad entre los investigadores y profesionales españoles, como lo demuestra el hecho de que en 1999 se publicara una segunda edición de dicha adaptación y en 2002 una tercera. Asimismo, en los últimos años la adaptación española del MCMI-II ha sido utilizada en más de una treintena de estudios realizados por investigadores españoles y publicados en revistas científicas, aunque no está exenta de críticas (Sanz, 2007).

En su forma original, la primera versión del cuestionario (Millon, 1983), afronta el desarrollo de los diferentes tipos de trastorno de la personalidad desde un modelo dimensional. Posteriormente, la evolución hacia el modelo de las polaridades y los cambios en la nosología psicopatológica formalizados en la publicación del DSM-III-R (APA, 1987), así como las mejoras psicométricas en el cuestionario llevaron a la modificación en sucesivas versiones, como se ha señalado. La revisión hizo posible mejorar las escalas de validez y tendencias de respuesta, e incorporar dos nuevos trastornos de personalidad (desdoblamiento de las escalas 6 y 8 en 6A, 6B, 8A y 8B).

* No se ha utilizado esta versión debido a que su adaptación y baremación al español se realizó en el año 2007 (Cardenal y Sánchez), posterior a la aplicación del MCMI-II en este estudio.

El MCMI-II está compuesto por 175 ítems con respuesta dicotómica (verdadero o falso) que ocupa un tiempo de autoadministración relativamente breve (15-25 minutos). Su principal objetivo es proporcionar información a los clínicos en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. El perfil de las puntuaciones de las escalas del MCMI-II, puede servir para identificar qué grupo de personas con dificultades emocionales y personales puede requerir una evaluación más intensa o atención profesional.

Por la simplicidad de su aplicación y la disponibilidad de corrección e interpretación mecanizada, el cuestionario puede ser utilizado de forma general tanto con objetivos clínicos como en proyectos de investigación, ya que las puntuaciones individuales en las escalas (objetivas y cuantificables) y los perfiles pueden usarse para generar y probar una gran variedad de hipótesis clínicas, experimentales y demográficas.

El MCMI-II no es un instrumento de evaluación de la personalidad de poblaciones consideradas “normales”, ni tiene otros propósitos que no sean la exploración diagnóstica o la evaluación clínica. Los datos normativos y las transformaciones de las puntuaciones del MCMI-II, están basados en muestras clínicas y son aplicables solamente a personas con evidentes síntomas psicológicos o que se encuentren integradas en un programa de evaluación psicodiagnóstica o de psicoterapia.

Aparecen dos tipos de puntuaciones: Directas (PD) y tasa base (TB). Las PD se transforman en puntuaciones de TB en lugar de puntuaciones “T” lineales, puesto que el principal propósito del instrumento clínico, no es tanto localizar la posición relativa de un paciente en una distribución de frecuencias, sino identificar o calcular la probabilidad de que el paciente sea o no miembro de una entidad diagnóstica conocida.

Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidos en 26 escalas: 4 Escalas de Fiabilidad y Validez, 10 Escalas Básicas de Personalidad (Eje II), que describen niveles leves de gravedad y tres escalas más de personalidad patológica más severa, que reflejan niveles moderados o marcados de deterioro. Así mismo, seis escalas de Síndromes Clínicos (Eje I) que identifican trastornos de gravedad moderada y otras tres escalas que miden trastornos de marcada gravedad (Véase Tabla 7.6.).

Tabla 7.6. Escalas de Validez, Personalidad y Síndromes Clínicos evaluados en el MCMI-II.

CATEGORIAS		CODIGO	FACTORES
ESCALAS de Validez ESTILOS de Respuesta		V	Validez
		X	Sinceridad
		Y	Deseabilidad
		Z	Alteración
P E R S O N A L I D A D	Escalas Básicas (Rasgos)	1	Esquizoide
		2	Fóbica
		3	Dependiente
		4	Histriónica
		5	Narcisista
		6A	Antisocial
		6B	Agresivo-Sádica
		7	Compulsiva
		8A	Pasivo-Agresiva
		8B	Autodestructiva
	Trastornos	S	Esquizotípica
		C	Límite
		P	Paranoide
S Í N D R O M E S CLÍNICOS	Gravedad moderada	A	Ansiedad
		H	Histeriforme
		N	Hipomanía
		D	Neurosis depresiva
		B	Abuso de alcohol
		T	Abuso de drogas
	Gravedad severa	SS	Pensamiento Psicótico
		CC	Depresión Mayor
		PP	Trastorno Delirante

En relación a las Escalas de Validez y Estilos de Respuesta su interpretación es fundamental para establecer la valoración del protocolo, teniendo los siguientes requisitos su interpretación:

- **Índice de Validez (V):** Es altamente sensible a los sujetos descuidados, mentalmente confusos y a los que responden de una manera aleatoria. Los protocolos con una puntuación de 2 o más son considerados como inválidos; los de puntuación 0 se consideran válidos; y los de puntuación 1 en el índice se consideran de validez cuestionable.
- **Sinceridad (X):** Es el segundo de los índices que pueden revelar conductas problemáticas en la respuesta, sobre todo la idea de si el paciente se inclina a ser franco y sincero, o por el contrario reticente y reservado. Se interpreta la puntuación directa alcanzada, estableciendo el protocolo inválido cuando dicha puntuación es menor de 145 o mayor de 590. Una puntuación TB en esta escala menor de 35, es indicio de una reserva e indecisión generales o de una clara aversión a ser franco respecto a los problemas y sentimientos psicológicos. Por el contrario, una puntuación TB mayor de 75, sugiere una inusual apertura y actitud de abrirse, no solamente al completar el cuestionario sino también cuando se trata de hablar de sus dificultades emocionales con los demás.
- **Deseabilidad (Y):** Pretende identificar el grado con que los resultados pueden encontrarse afectados por la inclinación de los sujetos a mostrarse socialmente atractivos, moralmente virtuosos o emocionalmente ajustados. Las puntuaciones TB superiores a 75, indican la tendencia del sujeto a presentarse de forma favorable o con una personalidad atrayente; cuanto mayor sea la puntuación el sujeto trata, en mayor medida, de disimular sus aspectos psicológicos o dificultades personales.

- **Alteración (Z):** Refleja las tendencias opuestas a las de la escala de deseabilidad, aunque en ocasiones ambos índices pueden ser altos, especialmente en sujetos inusualmente abiertos (escala X). En general, las puntuaciones TB por encima de 75 son indicio de inclinaciones a despreciarse o desvalorizarse, intentando mostrar más trastornos emocionales y dificultades personales que los descubiertos tras una entrevista. Las puntuaciones especialmente altas merecen un examen más atento de lo habitual, con el fin de conseguir una evaluación más precisa que evite pensar en un nivel deformado de gravedad psicológica, y también para averiguar si significa una “petición de ayuda” o llamada de atención de un sujeto que experimenta un grado especialmente angustioso de trastorno emocional.

En relación a la codificación de las elevaciones de las escalas clínicas, se establece que a mayor puntuación TB de una escala, mayor es el grado de probabilidad de que el sujeto posea las características de personalidad o clínicas evaluadas por la escala, mientras que cuanto más elevada es la puntuación, más probable es la intensidad o gravedad del rasgo o síndrome explorado por la escala. Los puntos de corte en las puntuaciones TB en cada subgrupo de trastornos de personalidad y síndrome clínicos son los siguientes:

- **Escalas Básicas de Personalidad (1, 2, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7, 8A y 8B):** Una configuración que comprenda las dos o tres escalas más altas, puede ser utilizada clínicamente de una manera lógica para identificar y sintetizar las diferentes dimensiones de los patrones interpersonales, afectividad, estilo cognitivo y tendencias comportamentales del sujeto. Sin embargo, las escalas incluidas en este análisis deben limitarse solamente a las dos o tres más altas, especialmente si superan el nivel de TB 75; se pueden hacer excepciones a esta regla en los perfiles que presenten en su conjunto puntuaciones TB bajas,

aunque las puntuaciones por debajo de la TB 60 tienden a no discriminar adecuadamente. Cuando una puntuación sobresale de las demás (una escala está por encima de TB 85 y el resto no llegan a 75) las interpretaciones siguen fielmente las características que determina cada escala (Véase Tabla 7.7.).

Tabla 7.7. Definición de las Escalas Básicas de Personalidad (MCMI-II).

ESCALAS	DEFINICIÓN
Esquizoide	Se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como también a sus demandas.
Fóbica (evitativa)	Estos sujetos experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás.
Dependiente (Sumisa)	Estos sujetos han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en las que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo.
Histriónica	Estos sujetos frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales inteligentes y astutos les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad; bajo esta apariencia, sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación.
Narcisista	Estos sujetos se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante y, aun sin intención o propósito conscientes, explotan a los demás a su antojo.
Antisocial	Estos sujetos actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros, mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo. Son irresponsables e impulsivos.
Agresiva-Sádica	Estos sujetos no son juzgados como antisociales, pero sus acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos.
Compulsiva	Estos sujetos han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no solamente suprimiendo el resentimiento, sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás.
Pasiva-Agresiva	Estos sujetos se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.
Autodestructiva (Masoquista)	Relacionándose con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, estos sujetos permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

- **Trastornos de Personalidad (S, C y P):** Cada escala, debe ser analizada por separado. Las puntuaciones TB inferiores a 60 generalmente no suministran información. Las puntuaciones TB de 75 a 84, indican un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave de la personalidad. Las puntuaciones TB de 85 y superiores suelen ser indicativas de unos patrones de personalidad más descompensados (Véase Tabla 7.8.).

Tabla 7.8. Definición de los Trastornos de Personalidad (MCMI-II).

TRASTORNOS	DEFINICIÓN
Esquizotípica	Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes. Se distinguen por las disrregulación de sus pensamientos.
Límite	Estos sujetos experimentan intensos estados de ánimo, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que más les caracteriza es la disrregulación de sus afectos: inestabilidad y labilidad.
Paranoide	Estas personas muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

- **Síndromes Clínicos de gravedad moderada (A, H, N, D, B y T):** Las seis escalas deben analizarse por separado. Las puntuaciones TB entre 60 y 74 son sugerentes, pero no lo suficientemente indicativas de la sintomatología patológica de las escalas, a menos que sean las puntuaciones más altas de esta parte del perfil. Las puntuaciones TB de 75 a 84, revelan la presencia de trastornos en la escala. Las puntuaciones TB de 85 y superiores suministran un fuerte apoyo a la presencia de síntomas patológicos (Véase Tabla 7.9.).
- **Síndromes Clínicos graves (SS, CC y PP):** Cada escala debe ser abordada por separado para especificar el particular carácter del trastorno. Estas tres escalas pueden indicar un nivel de perturbación psicótica cuando las puntuaciones son superiores de TB 74. Las puntuaciones entre TB 75 y 84 altamente sugerentes. Las puntuaciones de 85 y superiores ofrecen un fuerte soporte para estas inferencias (Véase Tabla 7.10.).

Tabla 7.9. Definición de los Síndromes Clínicos de gravedad MODERADA (MCMI-II).

SÍNDROMES	DEFINICIÓN
Pensamiento Psicótico	Estos sujetos pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento sigiloso o vigilante.
Depresión Mayor	Estos sujetos son habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran un comportamiento agitado. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia, por ejemplo: son notables la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas.
Trastorno Delirante	Estos sujetos pueden llegar a ser ocasionalmente beligerantes, experimentando delirios irracionales pero interconectados de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados. Son típicamente concomitantes, una tensión persistente, sospechas, vigilancia y alerta ante la posible traición.

Tabla 7.10. Definición de los Síndromes Clínicos de gravedad SEVERA (MCMI-II).

SÍNDROMES	DEFINICIÓN
Ansiedad	Estos sujetos con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas.
Histeriforme	Estos sujetos expresan sus dificultades psicológicas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de salud y una variedad aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo.
Hipomanía	Estos sujetos evidencian períodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobreactividad y distraibilidad, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad. Muestran un entusiasmo no selectivo, excesiva planificación para metas poco realistas, fuga de ideas y cambios rápidos y lábiles del estado de ánimo.
Neurosis depresiva	Las puntuaciones altas indican que aunque no aparezca en la vida cotidiana del sujeto, se ha visto afectado por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos.
Abuso de alcohol	Las puntuaciones altas del sujeto probablemente indican una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.
Abuso de drogas	Es probable que estos sujetos hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas, tienden a tener dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de los límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

7.4. Procedimiento

Como ya se ha señalado, este trabajo parte de un estudio de Investigación más amplio en el que además de estudiar el grado de Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Área 11 de la Comunidad de Madrid, pretendía evaluar la efectividad de dos técnicas de relajación entre aquellos que lo padecieran. Por tanto, esta Tesis comparte las dos primeras fases (Evaluación y Detección-selección de los participantes), de las cinco que componen el punto de partida (Véase Figura 7.2.), definiendo concretamente las que se desarrollan en el presente trabajo:

FASE I: Evaluación de los participantes.

Estudio de campo en el Área 11 de la Comunidad de Madrid que se encuentra organizada en 46 equipos de trabajo emplazados en 39 centros de salud (10 rural y 29 urbano). El período de evaluación de todos los profesionales sanitarios está comprendido entre marzo y junio de 2005.

- **Toma de contacto:** Se envió una carta a la Comisión Directiva de cada Centro de Salud, explicando el motivo del estudio y solicitando la máxima participación de todos los profesionales. Posteriormente, cada profesional recibió una carta de presentación personalizada en la que se aportaba información sobre las líneas generales del estudio y se resaltaba la confidencialidad de los datos*.
- **Criterios de inclusión:** Los sujetos estudiados debían pertenecer a la modalidad de trabajo de un Equipo de Atención Primaria o a una Unidad de Apoyo con más de un año en la misma plaza. Se excluyó aquellos sujetos que pertenecían al ámbito de gerencia y a las unidades de psicología o psiquiatría, al igual que aquellos que por su modelo de trabajo pertenecían a CUPO o su

* La recogida de datos no se realizó de manera anónima, puesto que en las siguientes fases del estudio y en función de los resultados alcanzados, era preciso ponerse en contacto con los sujetos que fueran cumpliendo las variables estudiadas, empleando un código individual para garantizar la confidencialidad de los datos.

incorporación a su puesto de trabajo era inferior a un año. No obstante, en determinados casos, el cuaderno de recogida de datos fue cumplimentado por algún profesional que no cumplía dichos requisitos por lo que se le eliminó de la muestra final (Véase Figura 7.1.).

- **Método de encuesta:** Se llevó a cabo mediante reuniones grupales en cada uno de los Centros de Salud. Para ello se entrenó previamente a un psicólogo, encargado de transmitir el motivo del estudio y las instrucciones para cumplimentar cada instrumento de evaluación, y que resolvería cualquier duda que pudiera surgir cuando rellenaban los cuestionarios. Se acordó una cita con los responsables de cada centro, en el horario en el que coincidían la mayoría de profesionales de los equipos de Atención Primaria atendiendo al turno de trabajo de mañana o tarde. La franja horaria se fijó de 14:00 a 15:00. El psicólogo se trasladó a cada centro con la documentación de todos aquellos profesionales que configuraban la plantilla, independientemente de su asistencia a la reunión concertada. Cada sobre estaba personalizado con el nombre y apellido de cada profesional y contenía: un cuaderno de recogida de datos compuesto por 4 cuestionarios (Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, MBI, CVP-35 y GHQ-28), con un código aleatorio que le había sido asignado al profesional, situado en la primera y tercera hoja del cuaderno*; y un sobre con el remite de la Unidad de Investigación y Formación del Área 11 para facilitar el reenvío por correo interno.
- **Recogida de datos:** Atendiendo a la asistencia o ausencia de los profesionales, se contemplaron tres intervenciones:

* El motivo de que el código figuraba en la primera y tercera hoja del cuaderno de recogida de datos, se debía a que el profesional se quedaba la primera hoja para facilitar el recuerdo de su código cuando enviáramos los resultados a los centros, los cuales iban todos codificados; y el código de la tercera hoja era una seguridad, porque aunque todas las hojas del cuaderno solicitaban que se indicara el código en la parte superior derecha (por si se desagrapaban) al poder remarcar dicho aspecto solamente en la sesión presencial, nos garantizaba que el cuaderno enviado correspondiera a ese código y, consecuentemente, a un profesional específico.

- *Encuesta directa*: Para aquellos profesionales que cumplimentaron el cuaderno de recogida de datos en la cita concertada en el centro.
- *Correo interno*: Para aquellos que no asistieron a la reunión se delegó en el coordinador el reparto de los respectivos sobres de los cuadernos de recogida de datos, que serían cumplimentados por estos profesionales, y remitidos por correo interno a la Unidad de Investigación y Formación del Área 11.
- *Correo ordinario*: Dirigido a aquellos profesionales que se encontraban de baja laboral en el momento en el que nos desplazamos a los Centros de Salud. Por tanto, se les envió a sus domicilios particulares el cuaderno de recogida de datos. En estos casos, además de incluirles un sobre se les facilitó un sello para reenvío por correo ordinario.

Se llevó a cabo una fase de pilotaje en cuatro centros de salud: Legazpi, Embajadores, Guayaba y los Ángeles, con el fin de valorar el procedimiento que se llevaría a cabo en el resto del Área.

FASE II: Detección y selección de casos.

En primer lugar, se detectó mediante la información recogida en el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral a los sujetos que cumplían los criterios de inclusión, seleccionando a través de la corrección del MBI, a todos aquellos profesionales que presentaban: Una puntuación moderada o alta en Cansancio Emocional y Despersonalización, y/o una puntuación moderada o baja en Realización Personal en el trabajo.

Una vez seleccionados los profesionales, se les envió por correo interno el MCMI-II con una carta explicativa del nuevo objetivo para el presente estudio (Véase Anexo II).

A su vez, estos sujetos fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos: Control y Experimental. La intervención (Fase III) se basaba en talleres teórico-prácticos dirigidos a la reducción del Síndrome de Burnout, empleando dos técnicas diferentes de relajación con el objetivo de demostrar la efectividad de cada una de ellas.

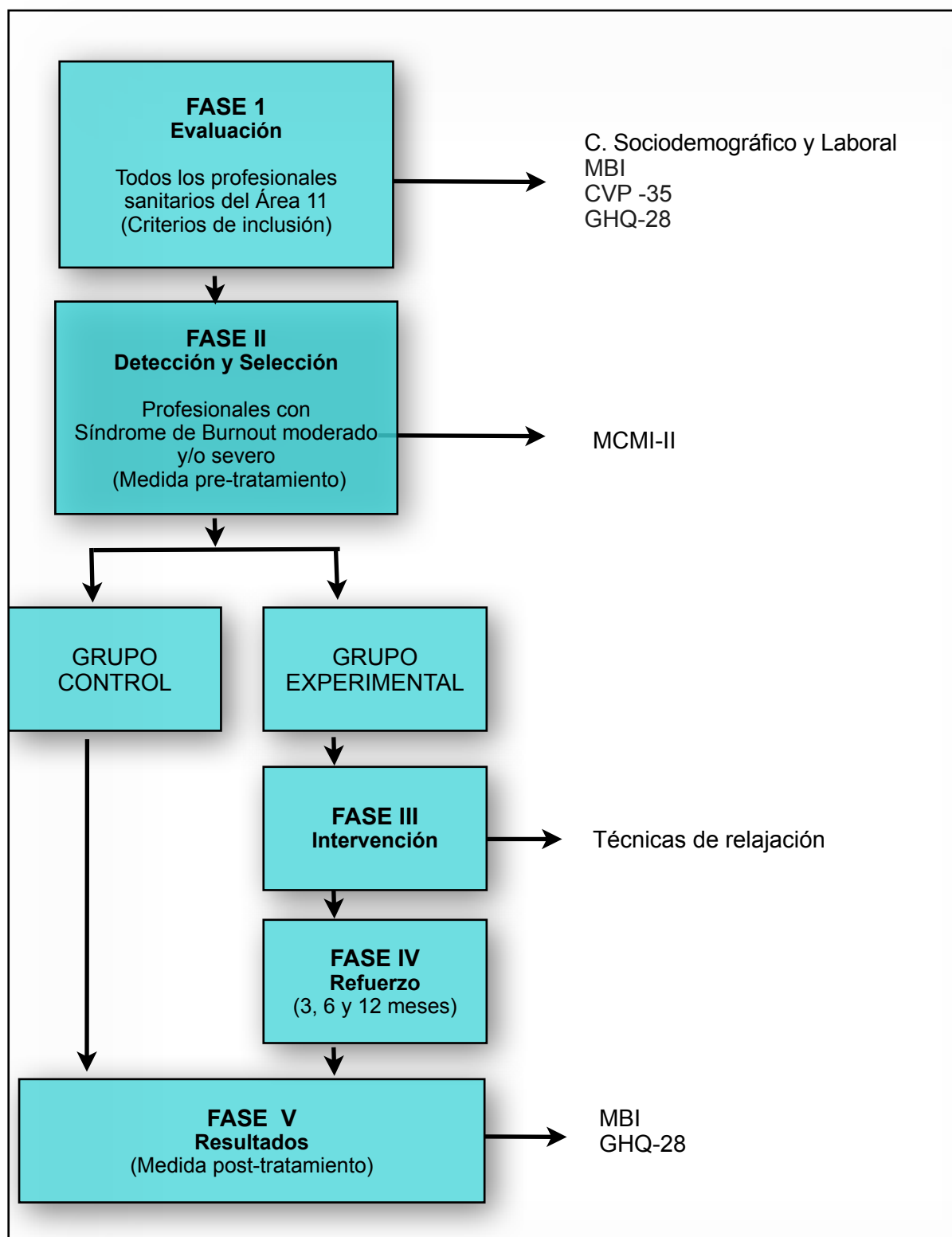


Figura 7.2. Fases del procedimiento.

Capítulo 8

RESULTADOS I

DIMENSIONES

del Síndrome de Burnout

8.1. Introducción.

Las Variables Dependientes de este estudio son las dimensiones del Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo, obtenidas mediante la administración y corrección de las puntuaciones obtenidas en el MBI.

En la presentación de los resultados de las dimensiones se comienza con un análisis de los ítems que conforman dicho Inventario, puesto que de las puntuaciones medias alcanzadas en cada uno de ellos, dependen los resultados globales de las tres dimensiones (Véase Figura 8.1.), describiendo su distribución muestral y la relación que mantienen entre sí, en el segundo y tercer apartado, respectivamente.

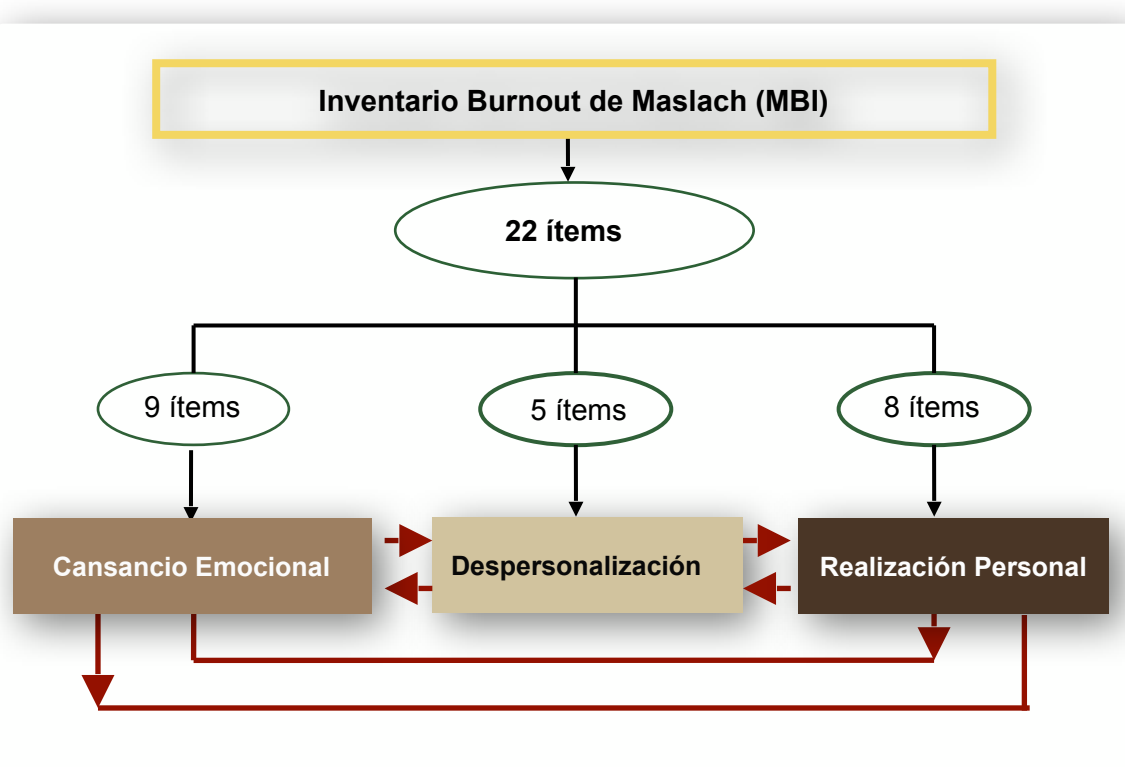


Figura 8.1. Presentación de los resultados de las dimensiones del Síndrome de Burnout evaluadas mediante el MBI.

8.2. Análisis Descriptivo de las Dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout (MBI).

8.2.1. Análisis de los ítems del MBI.

Cada dimensión del Síndrome de Burnout en el MBI, está compuesta por un número determinado de ítems, evaluados con una escala tipo Likert* de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Por tanto, las puntuaciones máximas que pueden llegar a alcanzar cada una de las dimensiones es diferente, puesto que se encuentra en asociación directa con el número de ítems que las configuran (Véase Tabla 8.1.).

Tabla 8.1. Ítems que configuran cada una de las dimensiones del MBI.

DIMENSION	Ítems	Total	Mx
Cansancio Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	54
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	5	30
Realización Personal en el trabajo	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	48

A continuación, se presentan los valores medios de los 22 ítems que conforman el MBI en orden decreciente (Véase Tabla 8.2.). Todos ellos cumplen los extremos de mínimo (0=nunca) y máximo (6=todos los días) a excepción de:

- Ítem 7 (“Trato muy eficazmente los problemas de las personas”) en el que el mínimo se sitúa en 1 (pocas veces al año); e
- Ítem 15 (“No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunas personas a las que doy servicio”) con un máximo de 5 (pocas veces a la semana).

* 0=nunca; 1=pocas veces al año; 2=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes; 4=una vez a la semana; 5=pocas veces a la semana; 6=todos los días

Las tres puntuaciones medias más altas corresponden a los ítems 17, 4 y 7, que pertenecen a la dimensión Realización Personal en el trabajo, mientras que las puntuaciones medias más bajas, recaen en los ítems 15, 5 y 22 que forman parte de la dimensión Despersonalización.

Tabla 8.2. Descriptivos de los ítems de las dimensiones del MBI.

Dim	Ítem	Contenido	M	DT
RP	17	<i>Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.</i>	5,05	1,03
RP	4	<i>Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.</i>	4,93	1,35
RP	7	<i>Trato muy eficazmente los problemas de las personas.</i>	4,64	1,39
RP	18	<i>Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.</i>	4,45	1,30
RP	9	<i>Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.</i>	4,31	1,64
CE	8	<i>Me siento “quemado” por mi trabajo.</i>	4,17	1,75
RP	12	<i>Me siento muy activo.</i>	3,89	1,50
CE	1	<i>Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.</i>	3,82	1,64
RP	19	<i>He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.</i>	3,77	1,62
CE	6	<i>Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.</i>	3,44	1,85
CE	3	<i>Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.</i>	3,32	1,93
CE	16	<i>Trabajar directamente con personas me produce estrés.</i>	3,23	1,90
DP	10	<i>Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.</i>	3,16	1,95
DP	11	<i>Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.</i>	3,14	2,03
CE	20	<i>Me siento acabado.</i>	3,06	1,87
CE	14	<i>Creo que estoy trabajando demasiado.</i>	3,05	1,99
CE	13	<i>Me siento frustrado en el trabajo.</i>	2,78	1,59
RP	21	<i>En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.</i>	2,47	1,92
CE	2	<i>Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.</i>	2,23	1,78
DP	22	<i>Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.</i>	2,06	1,71
DP	5	<i>Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.</i>	1,78	1,76
DP	15	<i>No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunas personas a las que doy servicio.</i>	1,16	1,51

0=nunca; 1=pocas veces al año; 2=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes;
4=una vez a la semana; 5=pocas veces a la semana; 6=todos los días

CE= Cansancio Emocional DP= Despersonalización RP= Realización personal en el trabajo

Cansancio Emocional

Los sujetos de la muestra presentan una media de 4,17 (DT=1,35) en el ítem referido a sentirse “quemados” por el trabajo. Entre el rango medio de puntuaciones (3-4) los sujetos: Se sienten emocionalmente agotados por el trabajo (M=3,82; DT=1,64), les supone un esfuerzo trabajar todo el día con personas (M=3,44; DT=1,85), se sienten fatigados cuando se levantan por la mañana y tienen que enfrentarse con otro día de trabajo (M=3,32; DT=1,93), les produce estrés trabajar directamente con personas (M=3,23; DT=1,90), se sienten acabados (M=3,06; DT=1,87) y creen que están trabajando demasiado (M=3,05; DT=1,99). Por último, por debajo de un valor medio de 3, los profesionales: Se sienten frustrados en el trabajo (M=2,78; DT=1,59) y cansados al final de la jornada de trabajo (M=2,23; DT=1,78) (Véase Tabla 8.2.).

En el análisis pormenorizado de cada uno de los ítems que configuran la dimensión de Cansancio Emocional, se destaca los porcentajes alcanzados en base a los sujetos que contestan con una frecuencia de todos los días a las preguntas formuladas. Los resultados que se obtienen son los siguientes: Un 31,1% (N=46) se encuentra quemado por su trabajo, 18,2% (N=27) se sienten emocionalmente agotados por el trabajo, 14,2% (N=21) consideran un esfuerzo trabajar todo el día con personas, 13,5% (N=20) se sienten fatigados cuando se levantan por la mañana y tienen que enfrentarse con otro día de trabajo, 14,2% (N=21) les produce estrés trabajar directamente con personas, 11,5% (N=17) se sienten acabados, 16,9% (N=25) creen que están trabajando demasiado, 3,4% (N=5) se sienten frustrados en el trabajo y 4,7% (N=7) de los profesionales se encuentran cansados al final de la jornada de trabajo (Véase Tabla 8.3.).

Tabla 8.3. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Cansancio Emocional (N=148).

CANSANCIO EMOCIONAL	Respuestas (Escala Likert)													
Ítems	0		1		2		3		4		5		6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Me siento “quemado” por mi trabajo.</i>	2	1,4	14	9,5	14	9,5	22	14,9	17	11,5	33	22,3	46	31,1
<i>Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.</i>	1	0,7	18	12,2	12	8,1	33	22,3	23	15,5	34	23	27	18,2
<i>Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.</i>	8	5,4	27	18,2	8	5,4	29	19,6	22	14,9	33	22,3	21	14,2
<i>Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana.</i>	13	8,8	23	15,5	15	10,1	25	16,9	16	10,8	36	24,3	20	13,5
<i>Trabajar directamente con personas me produce estrés.</i>	12	8,1	26	17,6	12	8,1	35	23,6	13	8,8	29	19,6	21	14,2
<i>Me siento acabado.</i>	10	6,8	34	23	15	10,1	27	18,2	19	12,8	26	17,6	17	11,5
<i>Creo que estoy trabajando demasiado.</i>	14	9,5	31	20,9	17	11,5	26	17,6	16	10,8	19	12,8	25	16,9
<i>Me siento frustrado en el trabajo.</i>	12	8,1	26	17,6	21	14,2	42	28,4	22	14,9	20	13,5	5	3,4
<i>Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.</i>	26	17,6	42	28,4	17	11,5	26	17,6	16	10,8	14	9,5	7	4,7

0=nunca; 1=pocas veces al año; 2=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes; 4=una vez a la semana; 5=pocas veces a la semana; 6=todos los días.

Se representan gráficamente los dos ítems de la dimensión de Cansancio Emocional en los que se obtienen mayor media, ambos muy representativos de la misma: “Me siento “quemado” por mi trabajo” (Véase Figura 8.2.) y “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo” (Véase Figura 8.3.).

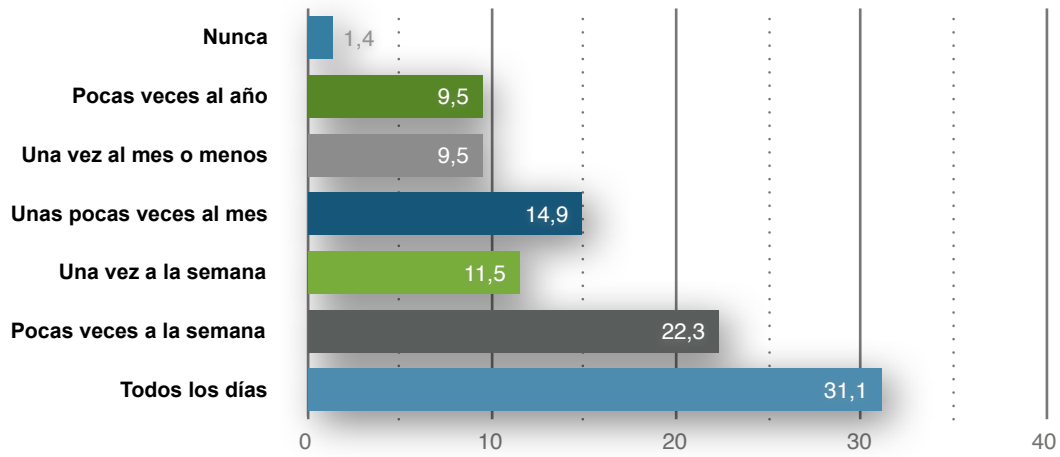


Figura 8.2. Porcentajes de respuesta en el ítem 8:
"Me siento "quemado" por mi trabajo".

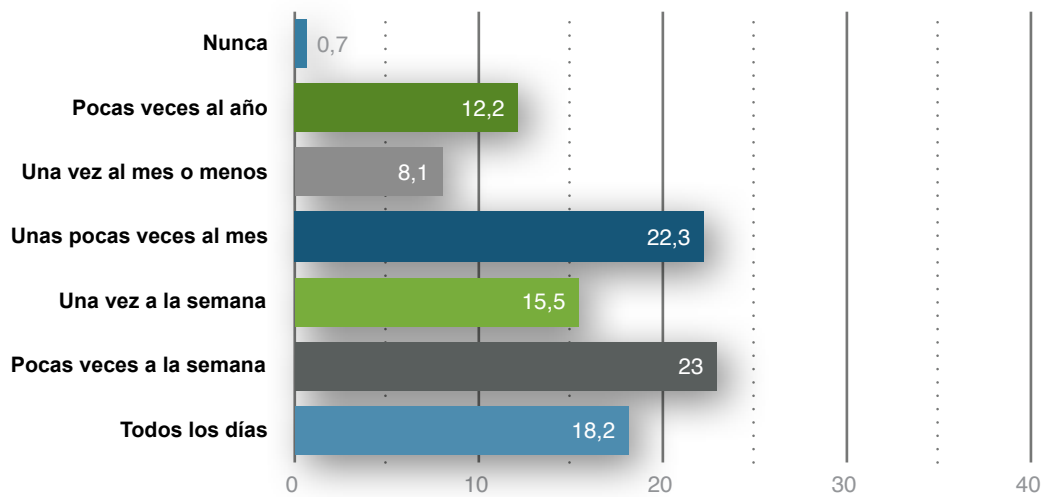


Figura 8.3. Porcentajes de respuesta en el ítem 1:
"Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo".

Despersonalización

En relación a las actitudes de Despersonalización evaluadas mediante cinco ítems en el MBI, los sujetos presentan un valor medio aproximado al 3, en concreto: Sienten que se han vuelto insensibles con la gente desde que ejercen su profesión ($M=3,16$; $DT=1,95$) y con preocupación de que se estén endureciendo emocionalmente ($M=3,14$; $DT=2,03$). Con valores medios inferiores situados en el rango de puntuación de 2 a 1 se encuentra el resto de los ítems: Los sujetos creen que las personas que tratan les culpan de algunos de sus problemas ($M=2,06$; $DT=1,71$), mientras que con valores menores responden que tratan a algunas personas como si fuesen objetos impersonales ($M=1,78$; $DT=1,76$) y que les deja de preocupar realmente lo que les ocurra a algunas personas a las que dan servicio ($M=1,16$; $DT=1,51$) (Véase Tabla 8.2.).

En el análisis de las siete categorías tipo Likert con las que los sujetos pueden evaluar cada ítem (Véase Tabla 8.4.), se observa que solamente un sujeto (0,7%) señala tratar todos los días a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.

Un 15,5% ($N=23$) de los sujetos reconocen a diario haberse vuelto más insensibles con la gente, preocupándoles el hecho de que su trabajo les esté endureciendo emocionalmente al 18,9% ($N=28$). La percepción de que las personas les culpen de algunos de sus problemas la tienen todos los días un 4,1% ($N=6$).

No obstante, a ningún sujeto de los participantes del estudio le deja de preocupar realmente todos los días lo que les ocurra a algunas de las personas a las que da servicio.

Tabla 8.4. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Despersonalización (N=148)

DESPERSONALIZACIÓN	Respuestas (Escala Likert)													
Ítems	0		1		2		3		4		5		6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.</i>	11	7,4	29	19,6	20	13,5	27	18,2	11	7,4	27	18,2	23	15,5
<i>Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.</i>	17	11,5	24	16,2	17	11,5	30	20,3	12	8,1	20	13,5	28	18,9
<i>Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.</i>	28	8,9	41	27,7	28	18,9	20	13,5	13	8,8	12	8,1	6	4,1
<i>Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.</i>	49	33,1	34	23	15	10,1	18	12,2	16	10,8	15	10,1	1	0,7
<i>No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunas personas a las que doy servicio.</i>	73	49,3	29	19,6	18	12,2	15	10,1	3	2	10	6,8	-	-

0=nunca; 1=pocas veces al año; 2=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes; 4=una vez a la semana; 5=pocas veces a la semana; 6=todos los días.

Los dos ítems que alcanzan la mayor media dentro de la dimensión de Despersonalización, con una frecuencia temporal de unas pocas veces al mes son: “Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión” (Véase Figura 8.4.) y “Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente” (Véase Figura 8.5.), distribuyéndose porcentualmente sin grandes oscilaciones.

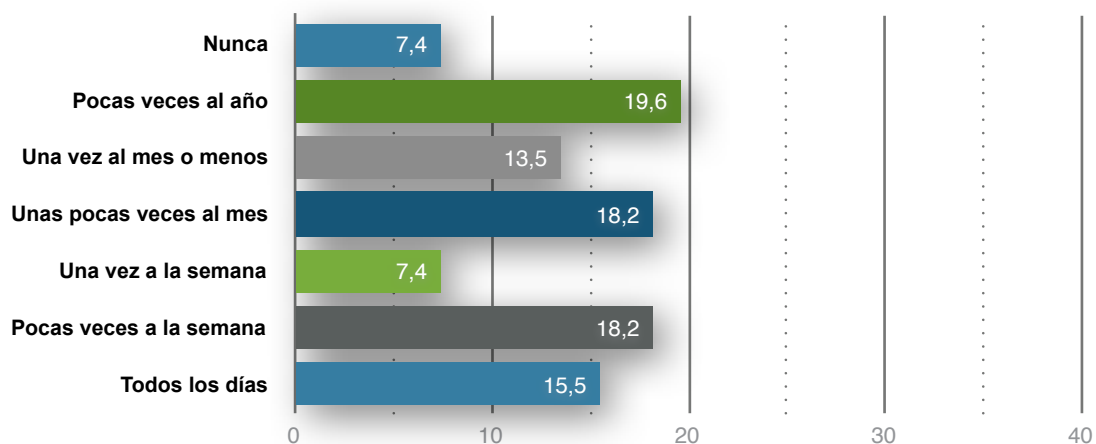


Figura 8.4. Porcentajes de respuesta en el ítem 10:
“Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión”.

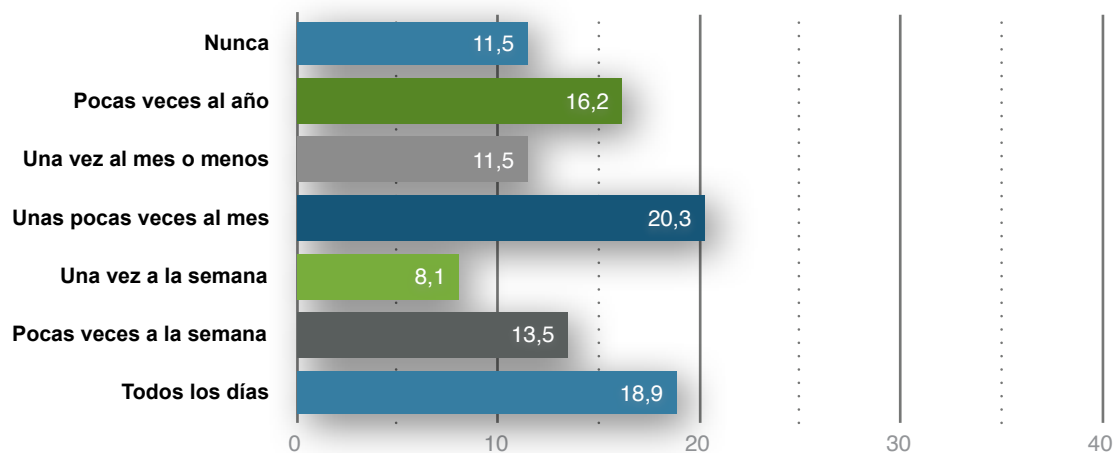


Figura 8.5. Porcentajes de respuesta en el ítem 11:
“Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente”.

Realización Personal en el trabajo

Los sujetos sienten que pueden crear fácilmente una atmósfera relajada con las personas a las que atiende con un valor medio de 5,05 (DT=1,03). A su vez, con valores medios superiores a la puntuación de 4 los profesionales comprenden fácilmente cómo se sienten las personas (M=4,93; DT=1,35), tratan eficazmente los problemas (M=4,64; DT=1,39), se sienten estimulados después de trabajar en contacto con las personas (M=4,45; DT=1,30) y creen que están influyendo positivamente con su trabajo en la vida de los demás (M=4,31; DT=1,64). En el rango entre el 3 y 4 se sitúa el valor medio de dos ítems, señalando los profesionales que se sienten muy activos (M=3,89; DT=1,50) y que hayan conseguido muchas cosas útiles en su profesión (M=3,77; DT=1,62). El valor medio inferior alcanzado es en el ítem que se hace referencia al trato de los problemas emocionales en el trabajo con un 2,47 (DT=1,92) (Véase Tabla 8.2.).

Así como en las otras dos dimensiones se ha prestado especial atención a la distribución de los sujetos en la categoría de Todos los días, en esta dimensión se invierte el valor, por tanto se detalla la distribución encontrada en la categoría de Nunca (Véase Tabla 8.5.): Ningún

sujeto considera como norma el no tratar eficazmente los problemas de las personas, mientras que un 16,9% (N=25) considera que los problemas emocionales nunca se tratan con calma.

Un único sujeto, lo que supone una representación del 0,7% de la muestra no crea fácilmente una atmósfera relajada con las personas a las que atiende, no se siente estimulado después de trabajar en contacto con las personas ni muy activo. Dos sujetos (1,4%) no comprenden nunca fácilmente cómo se sienten las personas. Un 2% (N=3) cree que nunca influye positivamente en la vida de los demás, mientras que un 3,4% (N=5) tampoco ha sentido nunca que haya conseguido muchas cosas útiles en su profesión.

Tabla 8.5. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Realización Personal (N=148)

REALIZACIÓN PERSONAL	Respuestas (Escala Likert)													
Ítems	0		1		2		3		4		5		6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas .</i>	1	0,7	-	-	1	0,7	12	8,1	18	12,2	58	39,2	58	39,2
<i>Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.</i>	2	1,4	5	3,4	1	0,7	13	8,8	14	9,5	51	34,5	62	41,9
<i>Trato muy eficazmente los problemas de las personas.</i>	-	-	4	2,7	7	4,7	28	18,9	12	8,1	45	30,4	52	35,1
<i>Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.</i>	1	0,7	2	1,4	8	5,4	24	16,2	33	22,3	44	29,7	36	24,3
<i>Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás</i>	3	2	12	8,1	5	3,4	22	14,9	24	16,2	38	25,7	44	29,7
<i>Me siento muy activo.</i>	1	0,7	7	4,7	20	13,5	38	25,7	21	14,2	36	24,3	25	16,9
<i>He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.</i>	5	3,4	11	7,4	14	9,5	35	23,6	21	14,2	42	28,4	20	13,5
<i>En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.</i>	25	16,9	36	24,3	18	12,2	26	17,6	14	9,5	15	10,1	14	9,5

0=nunca; 1=pocas veces al año; 2=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes; 4=una vez a la semana; 5=pocas veces a la semana; 6=todos los días.

Puesto que los ítems que conforman la dimensión de Realización Personal están formulados de manera positiva, se representan aquellos dos ítems en los que las medias han sido inferiores: “En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma” (Véase Figura 8.6.) y “He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión” (Véase Figura 8.7.).

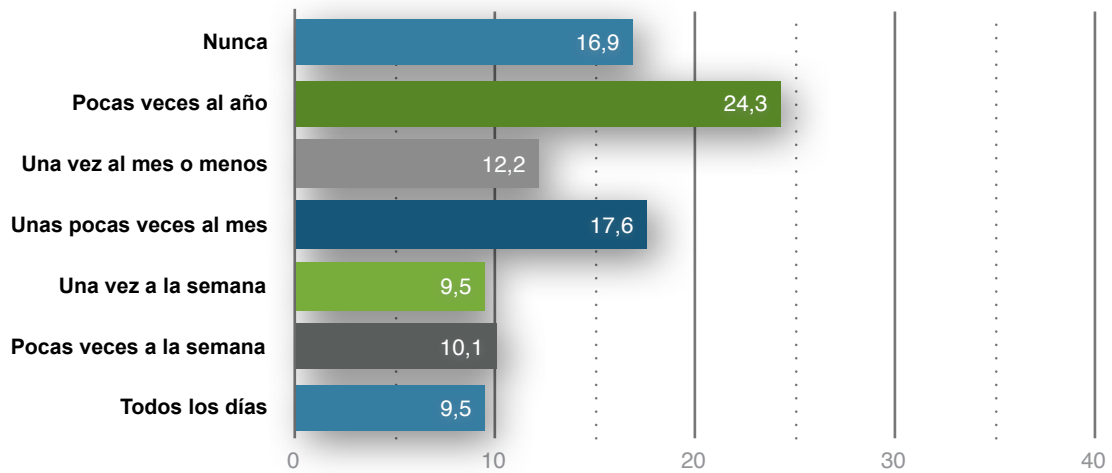


Figura 8.6. Porcentajes de respuesta en el ítem 21:
“En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma”.

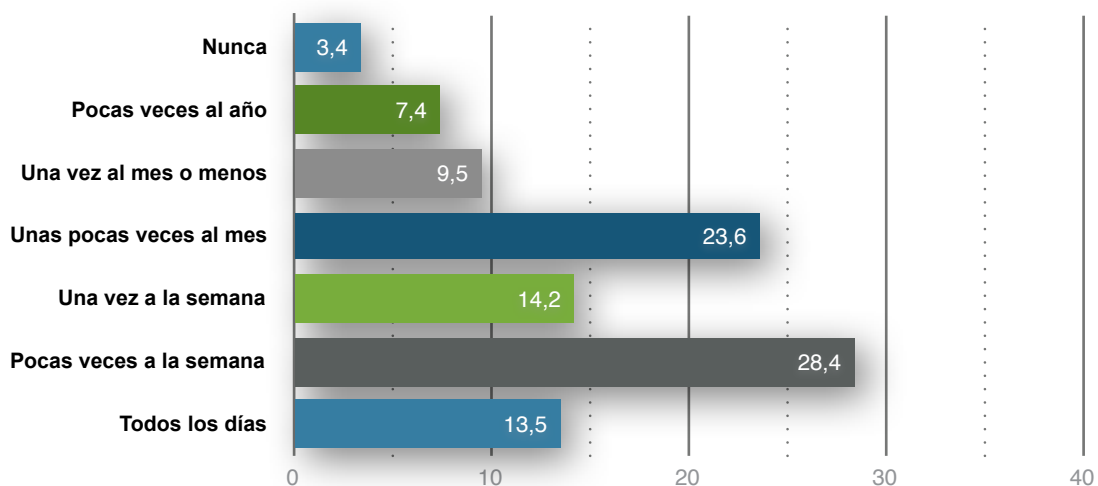


Figura 8.7. Porcentajes de respuesta en el ítem 19:
“He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión”.

8.2.2. Análisis de la distribución muestral de las dimensiones del Síndrome de Burnout.

Se analizan las tres dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout en la muestra con el objetivo de describir la distribución muestral y específica de cada una de ellas.

A nivel teórico, cuanto mayor sea la puntuación alcanzada en Cansancio Emocional y Despersonalización mayor es la intensidad del Síndrome, mientras que en la dimensión de Realización Personal en el trabajo la puntuación se invierte, es decir, puntuaciones bajas son las que apuntan hacia un mayor Síndrome.

En la siguiente tabla, se recuerda los puntos de corte que se han utilizado para establecer el grado de intensidad (bajo, medio o alto) en cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout en el sector sanitario (Véase Capítulo 7: Método).

Tabla 8.6. Puntos de corte de las dimensiones del MBI en el sector sanitario: Nivel bajo, medio y alto.

DIMENSIONES	NIVEL		
	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	<18	19-26	>27
Despersonalización	<5	6-9	>10
Realización Personal en el trabajo	<33	34-39	>40

La muestra del estudio presenta niveles altos de Cansancio Emocional ($M=29,11$; $DT=11,35$) y Despersonalización ($M=11,29$; $DT=5,86$), mientras que la Realización Personal en el trabajo alcanza unos niveles bajos ($M=33,50$; $DT=7,35$). Mientras que el mínimo de las tres dimensiones se establece en 0, por definición, el máximo de cada una de ellas oscila dependiendo del número de ítems que las configuran en el cuestionario. La Realización Personal en el trabajo es la dimensión que presenta un mínimo más alto, concretamente 12 (Véase Tabla 8.7.).

Tabla 8.7. Estadísticos Descriptivos. Dimensiones del Síndrome de Burnout. MBI

Dimensiones MBI	Mínimo	Máximo	M	DT
Cansancio Emocional	1	53	29,11	11,35
Despersonalización	0	27	11,29	5,86
Realización Personal en el trabajo	12	47	33,50	7,35

De manera más exhaustiva, en el análisis de cómo se distribuyen los participantes en los niveles de intensidad (bajo, medio y alto) de cada una de las dimensiones (Véase Tabla 8.8.), más de la mitad de la muestra presenta niveles altos de Cansancio Emocional (56,8%) y Despersonalización (60,8%), alcanzando un 48% de la muestra niveles bajos en Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 8.8.).

Tabla 8.8. Porcentajes de los niveles de intensidad de las dimensiones del Síndrome de Burnout. MBI

DIMENSIONES MBI	NIVEL					
	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	29	19,6	35	23,6	84	56,8
Despersonalización	23	15,5	35	23,6	90	60,8
Realización Personal en el trabajo	71	48,0	46	31,1	31	20,9

Estos resultados son congruentes con el criterio de inclusión para seleccionar dicha muestra, es decir, profesionales sanitarios que padecen un nivel moderado o severo de Síndrome de Burnout. En este sentido, se señala que el perfil prototipo del Síndrome se cumple en un 28,4% (N=42), analizándose a continuación la distribución de cada dimensión, en comparación con las otras dos, desde su nivel de intensidad alto.

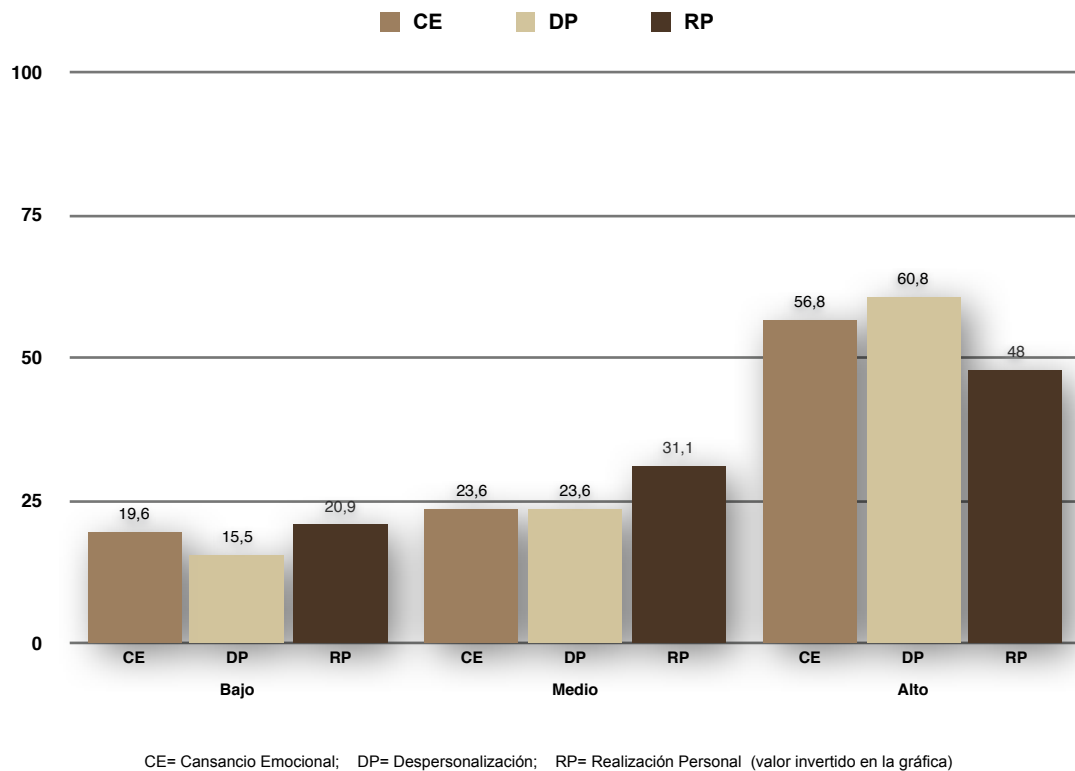


Figura 8.8. Representación de las dimensiones del MBI en los niveles: bajo, medio y alto.

Análisis del nivel de intensidad en las Dimensiones: Bajo versus alto.

En la muestra del estudio se ha establecido la relación de las dimensiones del Síndrome de Burnout, atendiendo a su nivel de intensidad, con el objetivo de observar la interrelación en la aparición de cada una de ellas con las otras dos dimensiones. Para este objetivo se presenta un análisis de cómo los sujetos se van agrupando en los criterios de selección (perfil prototipo del Síndrome), es decir, altos niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización con una baja Realización Personal en el trabajo. De los 148 sujetos que componen la muestra, 42 sujetos son los que cumplen estrictamente este patrón (Véase Figura 8.9.).

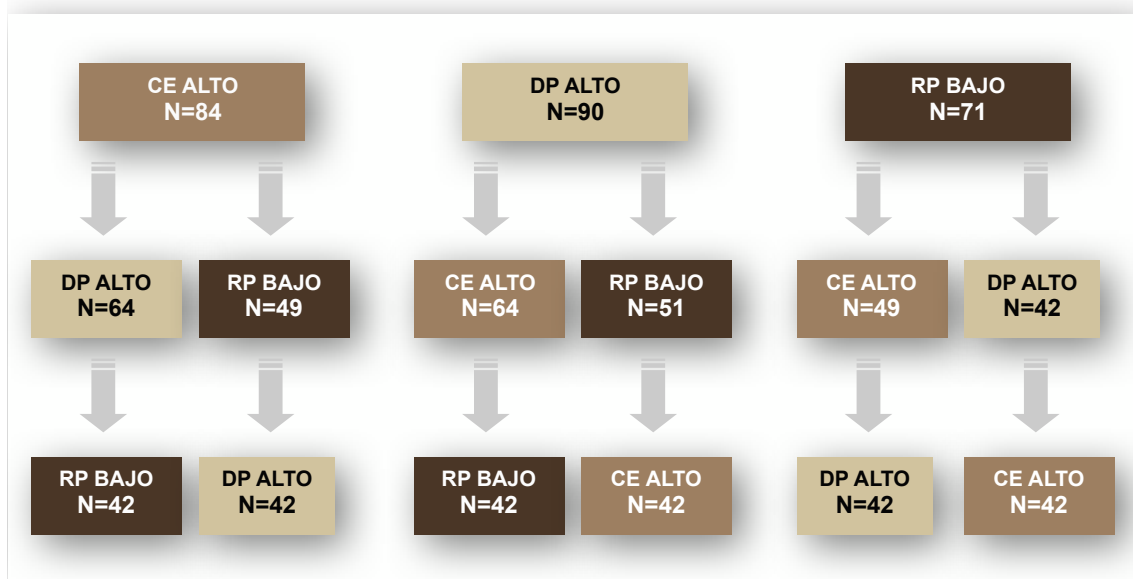


Figura 8.9. Distribución muestral desde los niveles altos de las dimensiones del Síndrome de Burnout.

No obstante, para considerar que un sujeto padece Síndrome de Burnout es suficiente con que presente niveles medios o altos en cualquiera de las tres dimensiones. En este sentido, no hay ningún sujeto en la muestra que presente altos niveles de Despersonalización sin presentar altos niveles de Cansancio Emocional, ni falta de Realización Personal en el trabajo. Sin embargo, aparecen 3 sujetos que únicamente presentan altos niveles de Cansancio Emocional, sin desarrollar actitudes de Despersonalización y falta de Realización Personal en el trabajo; y 2 sujetos que presentando una baja Realización Personal en el trabajo, no se muestran ni cansados emocionalmente ni desarrollan conductas despersonalizadas.

8.3. Análisis Correlacional de las dimensiones del Síndrome de Burnout.

Se examinan las posibles relaciones en la combinación de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, mediante el Coeficiente de correlación de Pearson para cuantificar la fuerza de la relación lineal entre las variables.

Entre las dimensiones Cansancio Emocional y Despersonalización se observa una relación lineal positiva significativa ($r_{xy} = 0,536$; $p < 0,01$), es decir, a mayor Cansancio Emocional mayores actitudes de Despersonalización y viceversa.

Sin embargo, la dimensión Realización Personal en el trabajo establece una relación lineal negativa tanto con Cansancio Emocional ($r_{xy} = -0,224$; $p < 0,01$) como con Despersonalización ($r_{xy} = -0,257$; $p < 0,01$), es decir, al aumentar la Realización Personal en el trabajo disminuye el Cansancio Emocional y las actitudes de Despersonalización (Véase Tabla 8.9.).

Tabla 8.9. Correlaciones entre las dimensiones del Síndrome de Burnout. MBI (N=148).

Dimensiones MBI- r de Pearson	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización personal
Cansancio Emocional Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1 ,	,536** ,000	-,224** ,006
Despersonalización Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,536** ,000	1 ,	-,257** ,002
Realización personal Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-,224** ,006	-,257** ,002	1 ,

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Capítulo 9

RESULTADOS II

DESENCADENANTES del Síndrome de Burnout

Variables Laborales

9.1. Introducción.

Las Variables Laborales que se han estudiado como Desencadenantes del Síndrome de Burnout en este estudio (Variables Independientes), se han obtenido mediante la administración de dos instrumentos de medida diferentes (Véase Tabla 9.1.), agrupándose de la siguiente manera:

- **Variables del Puesto y Centro de trabajo:** Categoría profesional, modelo de trabajo, situación laboral, turno de trabajo, desempeño de cargo directivo, presión asistencial, ubicación y número de unidades del centro; y
- **Variables de la Calidad de Vida Profesional:** Tres dimensiones globales (Apoyo Directivo, Cargas de Trabajo y Motivación Intrínseca) y dos puntuaciones específicas relacionadas con la capacidad de desconectar al finalizar la jornada laboral y la calidad de vida percibida en el trabajo.

Tabla 9.1. Instrumentos de medida empleados en la recogida de las Variables Laborales (Desencadenantes).

INSTRUMENTO	OBJETIVO
Cuestionario de Variables Sociodemográficas y Laborales	<u>Variables del Puesto y Centro de trabajo</u> Categoría profesional Modelo de trabajo Situación laboral Turno de trabajo Cargo directivo Presión asistencial Ubicación Número de unidades
Calidad de Vida Profesional (CVP-35)	<u>Variables de la Calidad de Vida Profesional</u> Apoyo Directivo Cargas de Trabajo Motivación Intrínseca Calidad de vida profesional Capacidad de desconectar

9.2. Descripción de las Variables del Puesto y Centro de trabajo.

La clasificación de la variable **categoría profesional**, en el estudio de origen, tenía en cuenta una mayor diversidad a la resultante en la muestra objeto de estudio (Véase Figura 9.1.), debido a que los profesionales que configuran la muestra de esta tesis tenían que cumplir como criterio de selección presentar un grado moderado o severo de desgaste profesional, quedando excluidas las siguientes categorías profesionales por no aparecer ningún indicador significativo de Síndrome de Burnout entre los profesionales que las desempeñan: Celador, fisioterapeuta, matrona e higienista dental. Las categorías profesionales más representativas son la de Médico de familia (43,2%) y enfermería (35,8%) (Véase Tabla 9.2.).

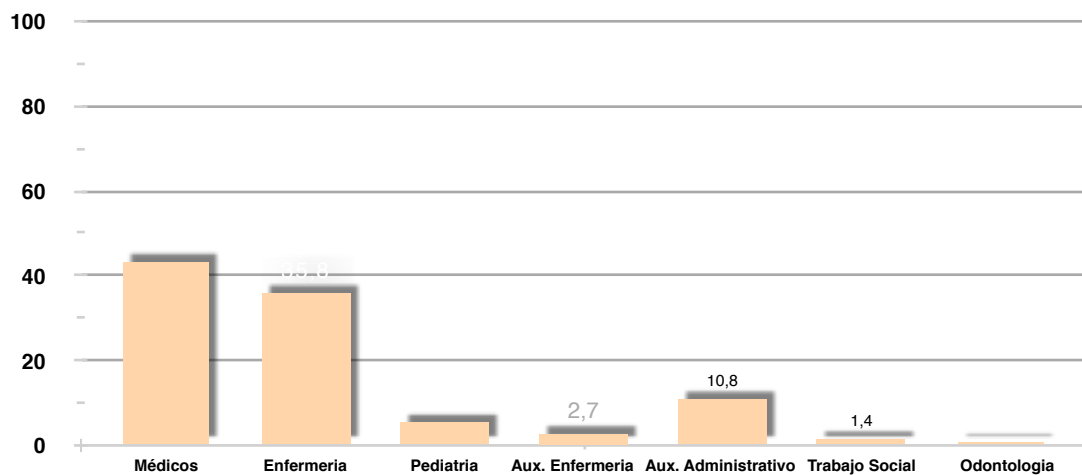


Figura 9.1. Distribución muestral de la variable Categoría Profesional.

En relación al **modelo de trabajo**, prácticamente la totalidad de la muestra seleccionada pertenece a un Equipo de Atención Primaria (96,6%) frente a la modalidad de formar parte en una Unidad de Apoyo (3,4%) (Véase Figura 9.2.).

Tabla 9.2. Porcentajes: Variables Laborables.

Variables laborables		N	%
Categoría profesional	Médico de familia	64	43,2
	Enfermero	53	35,8
	Pediatra	8	5,4
	Aux. Enfermería	4	2,7
	Aux. Administrativo	16	10,8
	Trabajador social	2	1,4
	Odontólogo	1	0,7
Modelo de trabajo	Equipo AP	143	96,6
	Unidad de Apoyo	5	3,4
Situación laboral	Interino	75	50,7
	Propietario	68	45,9
	Otra	5	3,4
Turno de trabajo	Mañanas	80	54,1
	Tardes	63	42,6
	Otras	5	3,4
Cargo directivo	Actualmente	20	13,9
	Pasado	37	25,7
	Nunca	87	60,4
Presión asistencial media anual	< 25 personas/día	24	16,6
	26-35 personas/día	36	24,8
	36-45 personas/día	33	22,8
	46-55 personas/día	32	22,1
	> 55 personas/día	20	13,8

La **situación laboral** de la mitad de los profesionales es de interinidad (50,7%) (Véase Figura 9.3.), con un **turno de trabajo** en horario de mañana (54,1%) (Véase Figura 9.4.) y que no habían desempeñado nunca ningún **cargo directivo** (60,4%) (Véase Figura 9.5.).

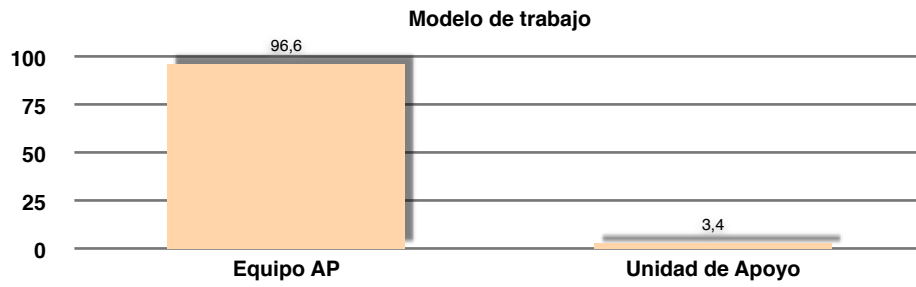


Figura 9.2. Distribución del Modelo de trabajo.

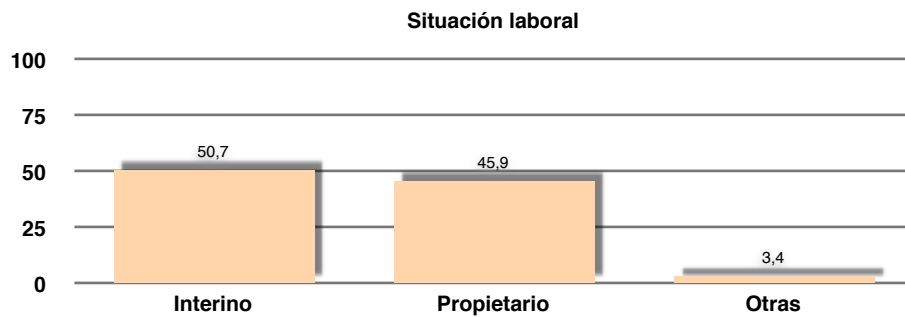


Figura 9.3. Distribución de la Situación laboral.

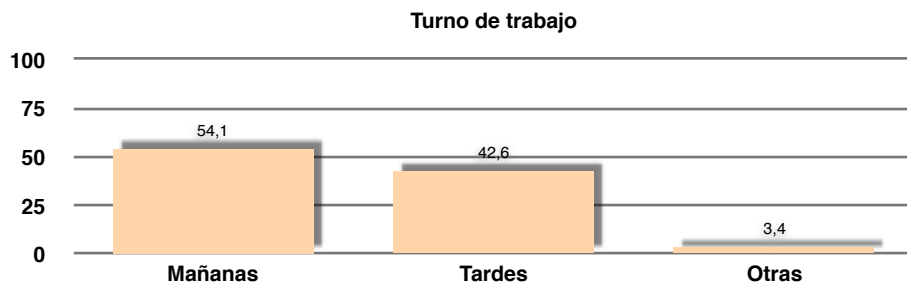


Figura 9.4. Distribución del Turno de trabajo.

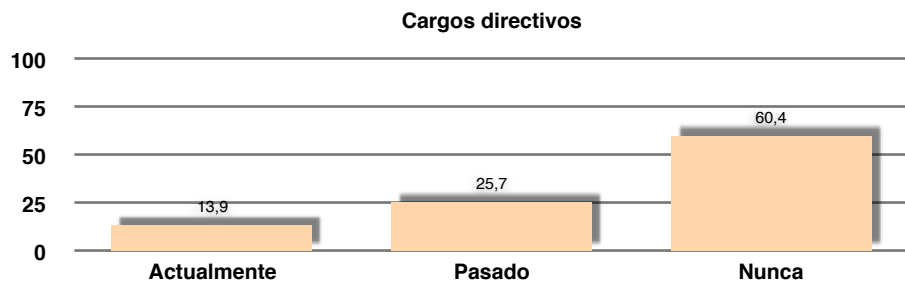


Figura 9.5. Distribución del Cargo directivo.

La **presión asistencial** media anual que alcanza un mayor porcentaje, es la que oscila atender entre 26 y 35 personas al día (24,8%), siendo la inferior atender a más de 55 personas al día (13,8%) (Véase Tabla 9.2.).

El Área 11 está compuesta por 46 equipos emplazados en 39 centros de salud, de los cuales 10 se encuentran ubicados en zona rural y 29 en zona urbana. En la muestra seleccionada objeto de estudio quedan reducidos a 35 centros de salud, excluyéndose cuatro centros de salud por no reunir los participantes los criterios de inclusión de esta Tesis.

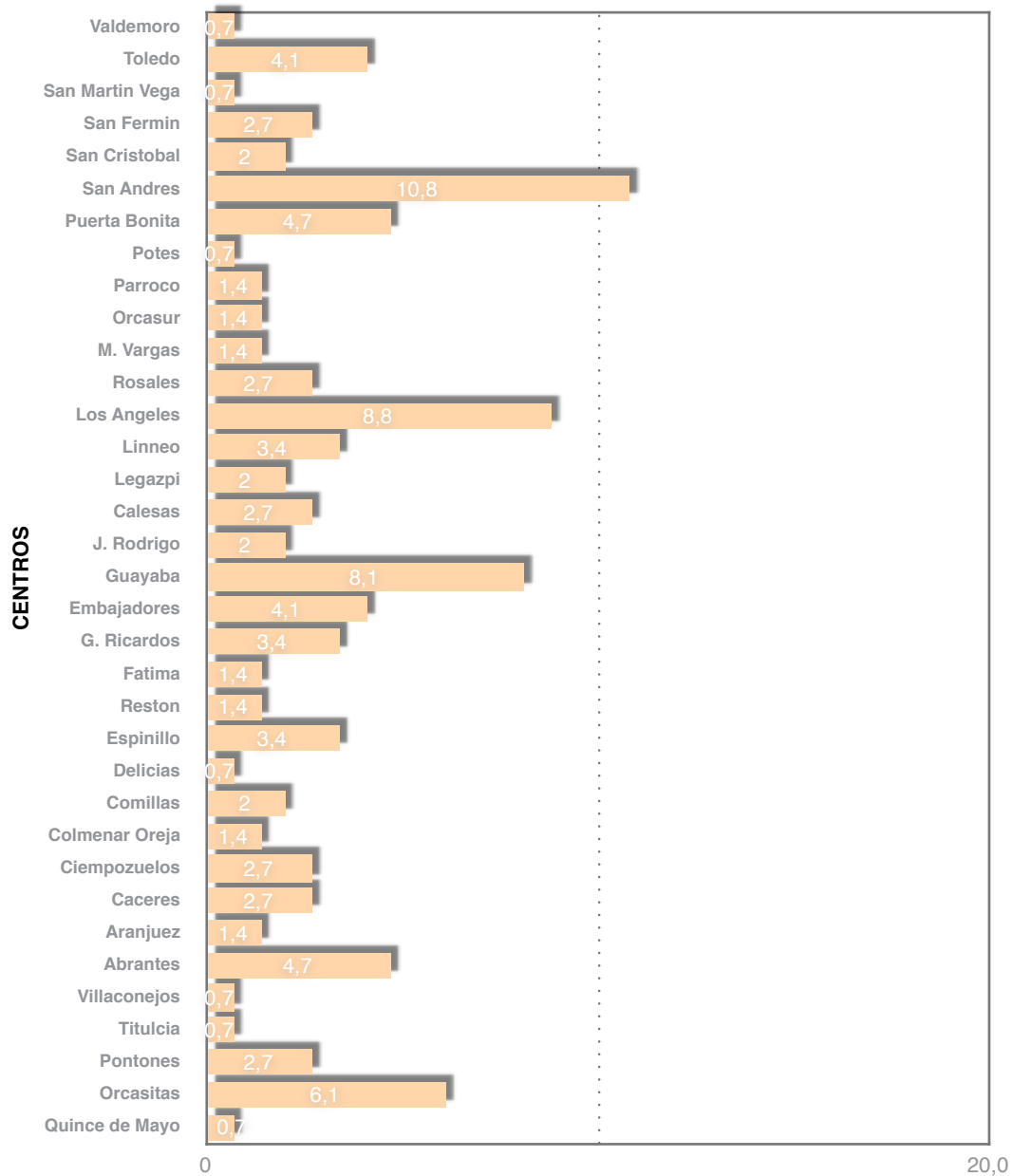
Atendiendo a la **ubicación de los centros de salud**, el 90,5% de los profesionales sanitarios se encuentran en un ámbito urbano y más de la mitad de la muestra tienen una única unidad (63,5%) (Véase Tabla 9.3.). El número medio de trabajadores en la unidad o centro es de 45,93 (DT=19,51) con un mínimo de 17 y un máximo de 89 trabajadores.

Tabla 9.3. Características de los Centros.

Características del centro		N	%
Ubicación	Urbano	134	90,5
	Rural	14	9,5
Nº Unidades	Sí	54	36,5
	No	94	63,5

De los centros de salud resultantes, el mayor porcentaje de sujetos con niveles moderados o severos de Síndrome de Burnout se concentra en los centros de salud de San Andrés (10,8%), Los Ángeles (8,8%) y Guayaba (8,1%) (Véase Figura 9.6.).

Figura 9.6. Distribución de la participación de los Centros de salud.



No obstante, se precisa que en una primera fase del estudio, la participación de estos centros es mayor en comparación al resto, debido a que la investigación parte del centro de San Andrés y la fase de pilotaje se desarrolla concretamente en los siguientes centros de salud: Legazpi, Embajadores, Guayaba y los Ángeles.

9.3. Síndrome de Burnout y Variables del Puesto y Centro de trabajo.

En función de la distribución muestral, en el Cuestionario de Variables Sociodemográficas y Laborales se han eliminado o establecido nuevas categorías para poder proceder al análisis inferencial en aquellas categorías en las que la frecuencia de sujetos era insuficiente (Véase Tabla 9.4.).

Las variables presión asistencial media, ubicación del centro y número de unidades no han experimentado ningún cambio.

Tabla 9.4. Recodificación de las Variables Laborales descriptivas para su análisis con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

Variables Descriptivas		Variables Analizadas	Explicación Recodificación
Categoría Profesional	Médico de familia Enfermero Pediatra Aux. Enfermería Aux. Administrativo Trabajador social Odontólogo	Médico de familia Enfermero Pediatra Aux. Administrativo	Se descarta del análisis las profesiones de Auxiliar de Enfermería, Trabajo Social y Odontología por considerar su escaso valor representativo con cuatro sujetos, dos y uno, respectivamente.
Modelo	Equipo AP CUPO Unidad de Apoyo	Equipo AP Unidad de Apoyo	Criterios de inclusión: pertenecer a un EAP o Unidad de Apoyo
Situación laboral	Interino Propietario Otra	Interino Propietario	Se elimina la opción de otros (N=5) que se presentaba en el Cuestionario, quedando como resultante 143 sujetos.
Turno de trabajo	Mañanas Tardes Otras	Mañanas Tardes	No se ha tenido en cuenta la opción de otros (N=5) en el análisis, contando con 143 sujetos en el estudio.
Cargo directivo	Actualmente Pasado Nunca	Sí No	Profesionales que Sí han ocupado un cargo directivo en el momento en el que se realiza el estudio (N=20) como en el pasado (N=37) frente a los sujetos que No han desempeñado funciones directivas nunca (N=87).

9.3.1. Categoría profesional.

La variable categoría profesional queda constituida por un total de cuatro profesiones: Medicina (N=64), enfermería (N=53), pediatría (N=8) y auxiliar administrativo (N=16). Se asume cierta cautela en la interpretación de los resultados obtenidos, debido a las diferencias de sujetos que componen cada profesión, no teniendo una representatividad homogénea.

Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Cansancio Emocional ($F_3= 3,351$; $p= 0,021$) y Despersonalización ($F_3= 3,337$; $p= 0,021$), atendiendo a la variable Categoría Profesional (Véase Tabla 9.5.). Puesto que el hecho de que F sea significativa, no implica necesariamente que existan diferencias significativas en todos los grupos que componen la variable independiente, se realizan comparaciones múltiples entre las puntuaciones medias, es decir, pruebas a posteriori concretamente Scheffé por ser la más recomendable cuando los grupos a contrastar tengan distinto tamaño, como es este caso.

Tabla 9.5. Resultados del ANOVA y Descriptivos: Categoría Profesional-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI-ANOVA	Categoría	Categoría Profesional-Descriptivos			
		Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $F_3= 3,351$; $p= 0,021^*$	Medicina	1	52	32,23	11,65
	Enfermería	7	53	25,68	11,12
	Pediatría	18	44	28	8,72
	Aux.Admtvo	11	46	29,31	10,41
Despersonalización $F_3= 3,337$; $p= 0,021^*$	Medicina	0	27	11,77	5,48
	Enfermería	1	22	10,42	5,57
	Pediatría	2	17	7,75	5,42
	Aux. Admtvo	3	27	14,56	7,1
Realización Personal $F_3= 2,089$; $p= 0,105$	Medicina	16	47	33,20	7,04
	Enfermería	14	47	34,06	7,28
	Pediatría	30	47	37,50	6,37
	Aux. Admtvo	12	47	30,13	8,48

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

En concreto, se encuentran diferencias significativas en la dimensión Cansancio Emocional entre medicina y enfermería (Scheffé= 6,56; $p= 0,022$), alcanzado un mayor nivel medio los médicos. En relación a la dimensión Despersonalización, las diferencias no adquieren significación en el análisis de Scheffé, sin embargo con Bonferroni resultan estadísticamente significativas las diferencias entre las categorías profesionales de auxiliares administrativos y pediatría (Bonferroni= 6,81; $p= 0,040$), siendo los primeros los que mostrarían un mayor nivel medio de actitudes despersonalizadas.

Descriptivamente, en la dimensión Cansancio Emocional todos los sujetos de las diferentes profesiones alcanzan una media que les sitúa en niveles altos a excepción de enfermería, que registra niveles medios ($M=25,68$; $DT=11,12$). Los profesionales que se presentan más cansados emocionalmente son los médicos ($M=32,23$; $DT=11,65$), seguidos por los auxiliares administrativos ($M=29,31$; $DT=10,41$) y pediatras ($M=28$; $DT=8,72$).

La única profesión que presenta un grado medio en Despersonalización es pediatría ($M=7,75$; $DT=5,42$), siendo los auxiliares administrativos ($M=14,56$; $DT=7,1$) los que muestran mayores actitudes de Despersonalización.

Por último, en Realización Personal en el trabajo, los que menos realizados se sienten son los auxiliares administrativos ($M=30,13$; $DT=8,48$) y los médicos ($M=33,20$; $DT=7,04$), mientras que los profesionales de enfermería ($M=34,06$; $DT=7,28$) y pediatría ($M=37,50$; $DT=6,37$) presentarían unos niveles medios en su Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 9.7.).

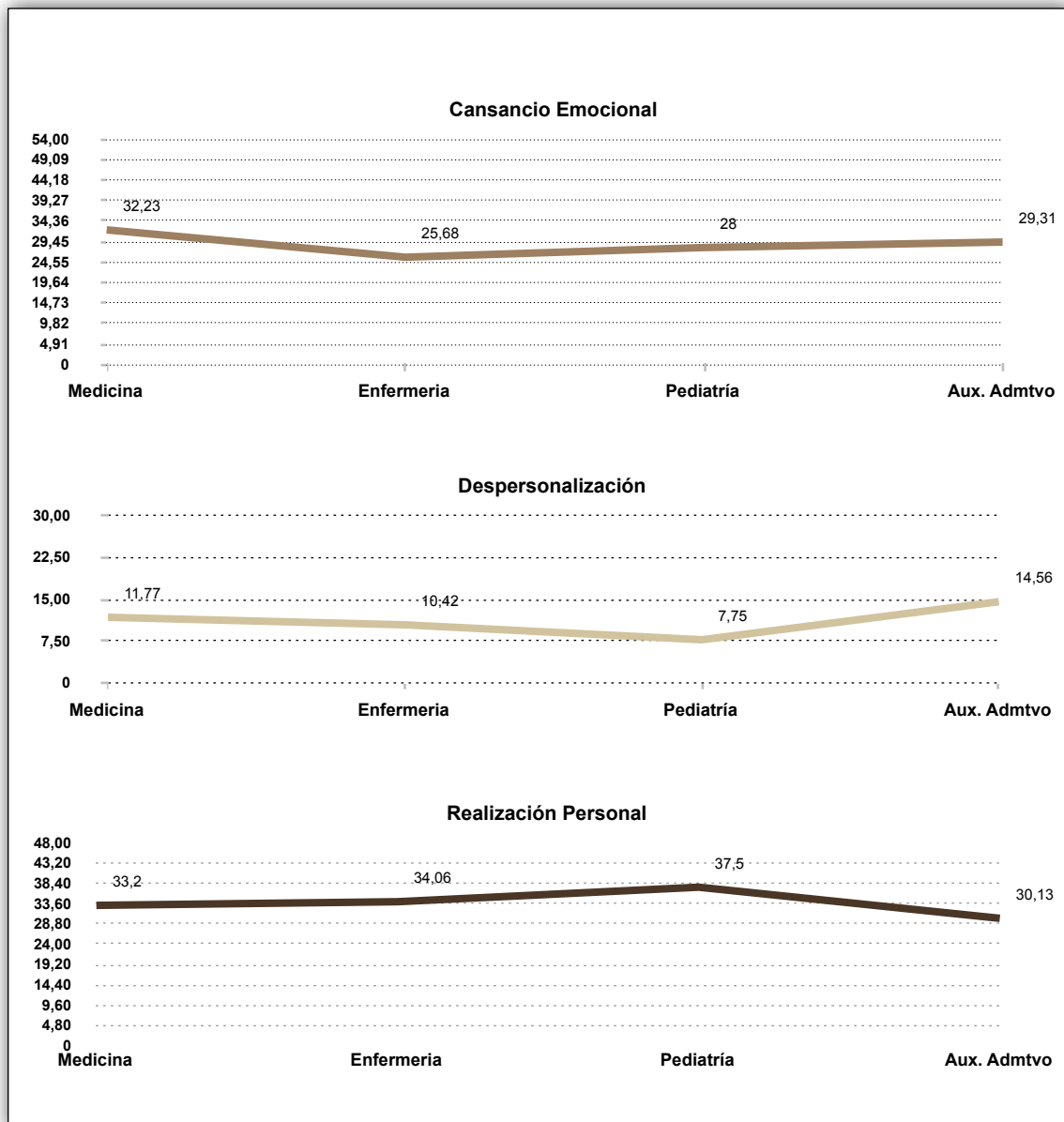


Figura 9.7. Categoría Profesional: Medias de las dimensiones del MBI.

Con el objetivo de analizar la relación entre las diferentes categorías profesionales y el nivel de intensidad de las dimensiones del Síndrome de Burnout, se atiende a la distribución de los porcentajes de sujetos de cada profesión en los tres grados (bajo, medio y alto) de las dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo.

Prácticamente la mitad de los profesionales de las categorías profesionales estudiadas alcanzan niveles altos de Cansancio Emocional, predominando con un 65,6% los

profesionales de medicina. En relación a las actitudes de Despersonalización y de Realización Personal, los auxiliares administrativos alcanzan el porcentaje superior de sujetos en presentar niveles altos de Despersonalización (87,5%) y bajos en Realización Personal (62,5%), mientras que pediatría se distribuye de una manera más uniforme entre los tres niveles de graduación en ambas dimensiones, quizás debido a ser el grupo que menos sujetos representan dicha categoría profesional (Véase Tabla 9.6.).

Tabla 9.6. Frecuencias: Categoría Profesional-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Categoría	Categoría Profesional-Frecuencias					
		Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	Medicina	8	12,5	14	21,9	42	65,6
	Enfermería	16	30,2	11	20,08	26	49,1
	Pediatría	2	25	2	25	4	50
	Aux. Admtvo	2	12,5	5	31,3	9	56,3
Despersonalización	Medicina	6	9,4	16	25,0	42	65,6
	Enfermería	11	20,8	14	26,4	28	52,8
	Pediatría	3	37,5	2	25	3	37,5
	Aux. Admtvo	2	12,5	0	0	14	87,5
Realización Personal	Medicina	33	51,6	19	29,7	12	18,8
	Enfermería	22	41,5	18	34,0	13	24,5
	Pediatría	3	37,5	3	37,5	2	25
	Aux. Admtvo	10	62,5	5	31,3	1	6,3

No obstante, el porcentaje que destaca por encima de los demás corresponde a la categoría profesional de auxiliar administrativo en los niveles altos de la dimensión Despersonalización con un 87,5% (Véase Figura 9.8.).

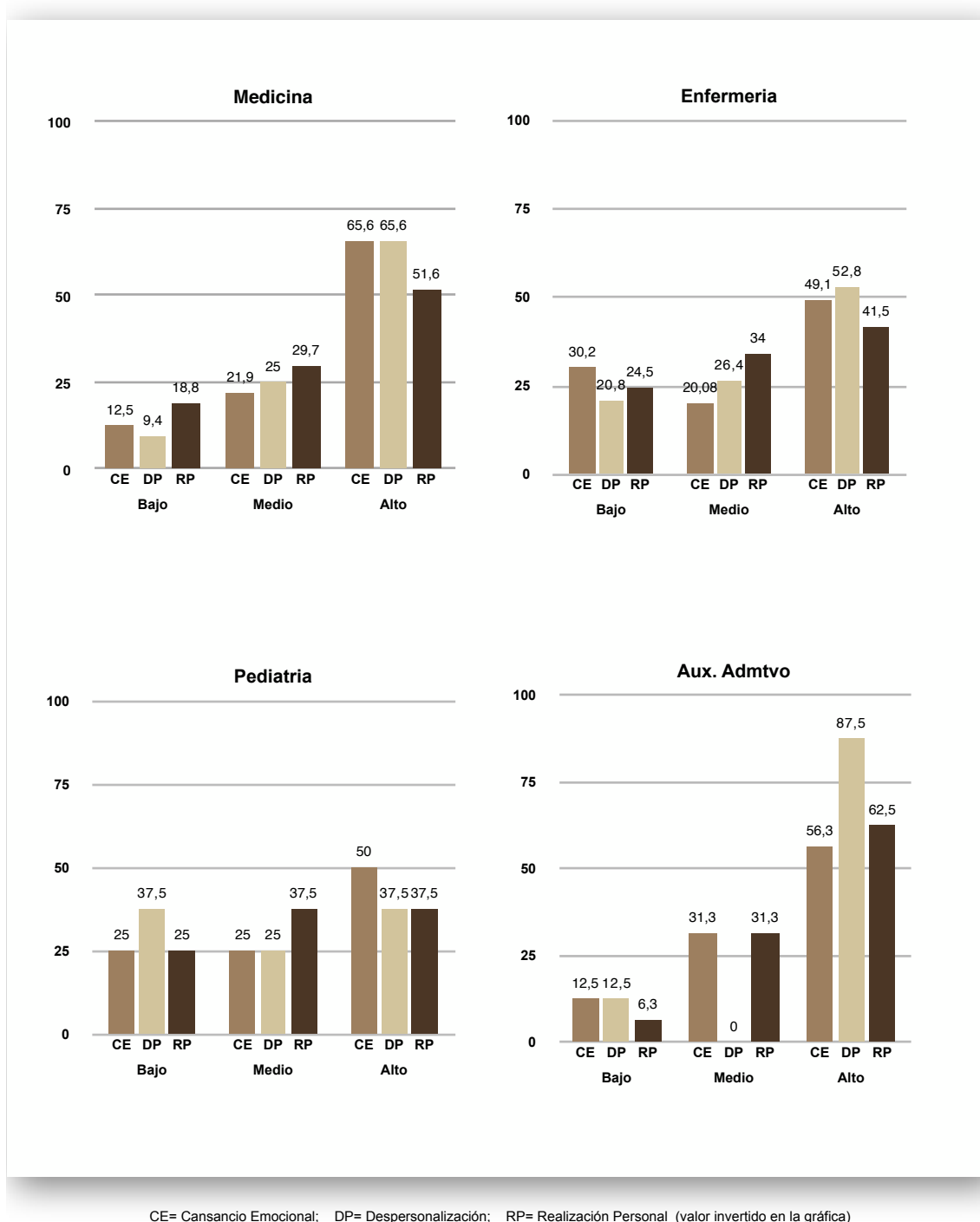


Figura 9.8. Distribución de la Categoría Profesional en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

9.3.2. Modelo de trabajo.

La diferencia de sujetos en cada modelo de trabajo no permite establecer un análisis estadístico de calidad (comparación de medias), puesto que la distribución resultante es: 5 sujetos pertenecientes a una Unidad de Apoyo frente a 143 sujetos que pertenecen a un Equipo de Atención Primaria, por lo que no se emite ninguna conclusión relevante sobre los sanitarios de las Unidades de Apoyo por falta de representatividad muestral.

A un nivel descriptivo, los profesionales pertenecientes a un Equipo de Atención Primaria presentan el perfil prototipo del Síndrome de Burnout, es decir, bajos niveles de Realización Personal en el trabajo ($M=33,45$; $DT=7,33$) y altos niveles de Cansancio Emocional ($M=29,04$; $DT=11,25$) y actitudes de Despersonalización ($M=11,45$; $DT=5,78$), distribuyéndose más de la mitad de la muestra en niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, mientras que un 46,6% se sitúa en una baja Realización Personal en el trabajo (Véase Tabla 9.7.).

Tabla 9.7. Descriptivos y Frecuencias del modelo de trabajo: Equipo AP-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Equipo AP (N=143)									
	Descriptivos				Frecuencias					
	Mn	Mx	M	DT	Bajo		Medio		Alto	
					N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	1	52	29,04	11,25	28	18,9	33	22,3	82	55,4
Despersonalización	1	27	11,45	5,78	21	14,2	34	23,0	88	59,5
Realización Personal	12	47	33,45	7,33	69	46,6	46	31,1	28	18,9

9.3.3. Situación laboral.

Entre los profesionales interinos (N=75) y los que tienen su plaza en propiedad (N=68) no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ni en Cansancio Emocional ni en Despersonalización, mientras que las diferencias en la dimensión Realización Personal en el trabajo ($t_{141} = 3,237$; $p = 0,002$) adquieren significación estadística, indicando que los sujetos interinos muestran una mayor Realización Personal en el trabajo que los profesionales propietarios de su plaza (Véase Tabla 9.8.).

Tabla 9.8. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Situación Laboral-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Situación Laboral-Descriptivos							
	Interino (N=75)				Propietario (N=68)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{141} = -1,327$; $p = 0,187$	7	50	27,87	11,49	1	53	30,37	10,99
Despersonalización $t_{141} = -0,852$; $p = 0,395$	0	27	10,89	6,04	1	27	11,74	5,74
Realización Personal $t_{141} = 3,237$; $p = 0,002^*$	19	47	35,29	6,23	12	47	31,43	8,02

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Los profesionales que se encuentran en la situación laboral de interinidad presentan altos niveles de Cansancio Emocional y actitudes de Despersonalización, siendo su Realización Personal en el trabajo media ($M=35,29$; $DT=6,23$) mientras que los sujetos propietarios de su plaza muestran el perfil característico del Síndrome de Burnout, es decir, altos niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización con una baja Realización Personal en el trabajo ($M=31,43$; $DT=8,02$) (Véase Figura 9.9.).

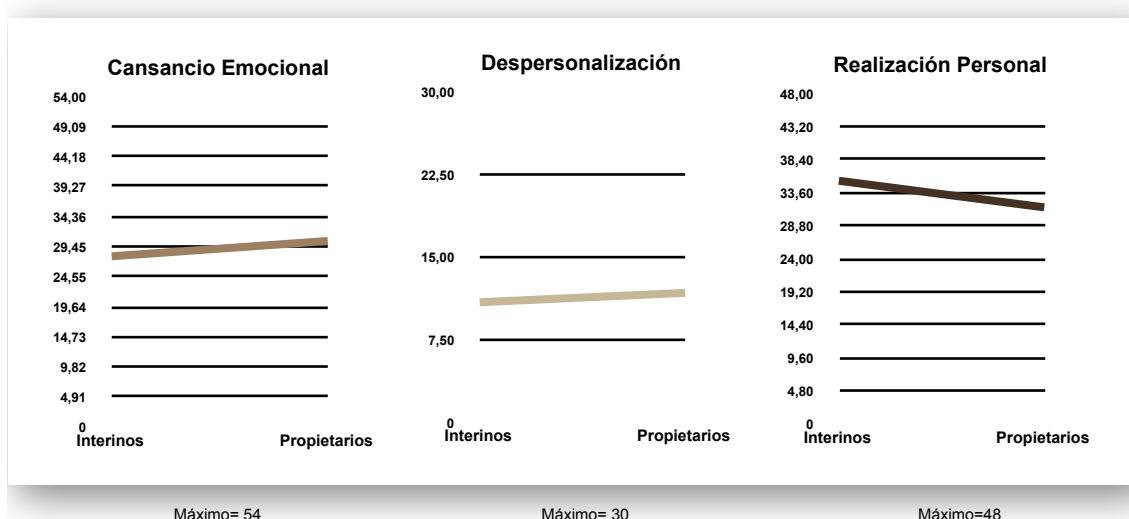


Figura 9.9. Situación Laboral: Medias de las dimensiones MBI.

Si se atiende a los grados de intensidad de las dimensiones del Síndrome de Burnout en relación a la situación laboral, se observa que la mayor diferencia se encuentra en la Realización Personal en el trabajo, en el sentido de que un mayor número de profesionales con plaza en propiedad (63,2%) manifiestan niveles bajos en comparación a los interinos (34,7%) (Véase Tabla 9.9.).

Tabla 9.9. Frecuencias: Situación Laboral-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Situación Laboral-Frecuencias											
	Interinos (N=75)						Propietarios (N=68)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	17	22,7	22	29,3	36	48	10	14,7	13	19,1	45	66,2
Despersonalización	14	18,7	17	22,7	44	58,7	8	11,8	18	26,5	42	61,8
Realización Personal	26	34,7	32	42,7	17	22,7	43	63,2	12	17,6	13	19,1

Los profesionales sanitarios cuya situación laboral es la de ser propietario, se definen por situarse más de la mitad de la muestra en los niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización junto a niveles bajos en Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 9.10.).

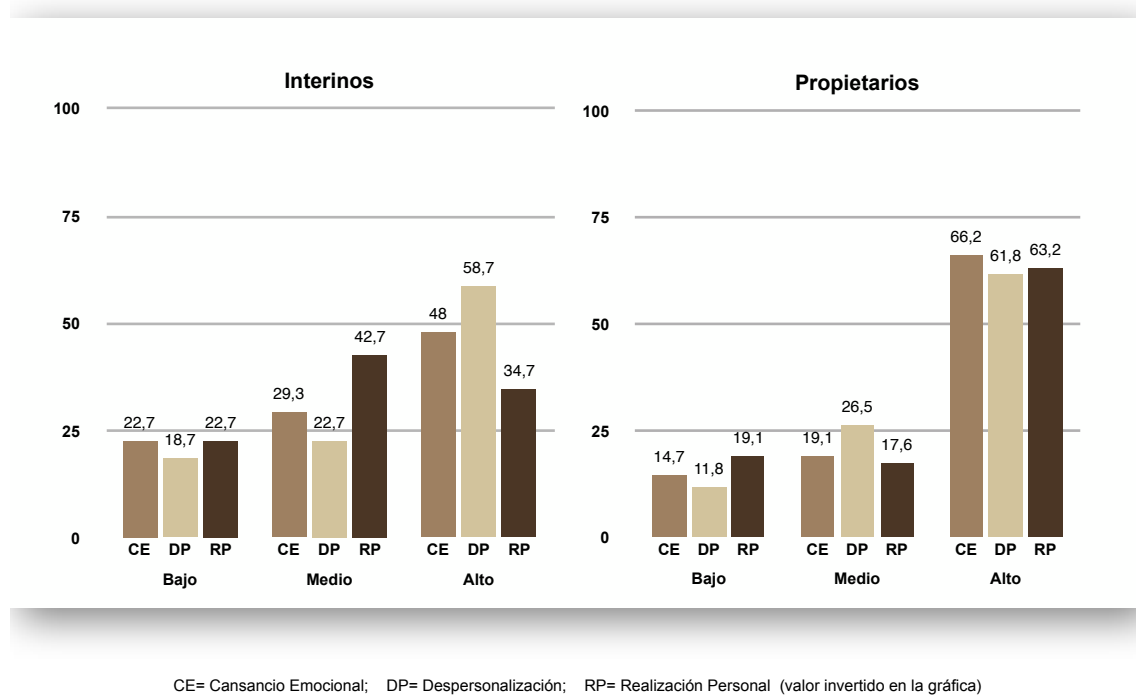


Figura 9.10. Distribución de la Situación Laboral en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

9.3.4. Turno de trabajo.

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, en función del turno laboral en el que los sujetos desarrollan su jornada de trabajo. No obstante, los sujetos del turno de mañana alcanzan una media superior en Cansancio Emocional ($M=30,24$; $DT=10,27$) que los del turno de tarde ($M=27,29$; $DT=12,55$) así como una menor Realización Personal en el trabajo ($M=32,56$; $DT=7,98$) (Véase Tabla 9.10.).

Tabla 9.10. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Turno de Trabajo-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Turno de trabajo-Descriptivos							
	Mañana (N=80)				Tarde (N=63)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{141} = 1,547$ $p = 0,124$	1	53	30,24	10,27	7	50	27,29	12,55
Despersonalización $t_{141} = 0,265$ $p = 0,791$	0	27	11,45	5,67	2	27	11,19	5,99
Realización Personal $t_{141} = -1,380$ $p = 0,170$	12	47	32,56	7,98	15	47	34,27	6,45

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Los sujetos que pertenecen al horario del turno de mañana (N=80) muestran el perfil del Síndrome de Burnout, es decir, cansados emocionalmente y con actitudes de Despersonalización junto a una baja Realización Personal en el trabajo. Aquellos sujetos que desempeñan su jornada laboral en el turno de tarde (N=63) también se muestran cansados emocionalmente y con actitudes de Despersonalización pero con una Realización Personal en el trabajo media ($M=34,27$; $DT=6,45$) (Véase Figura 9.11.).

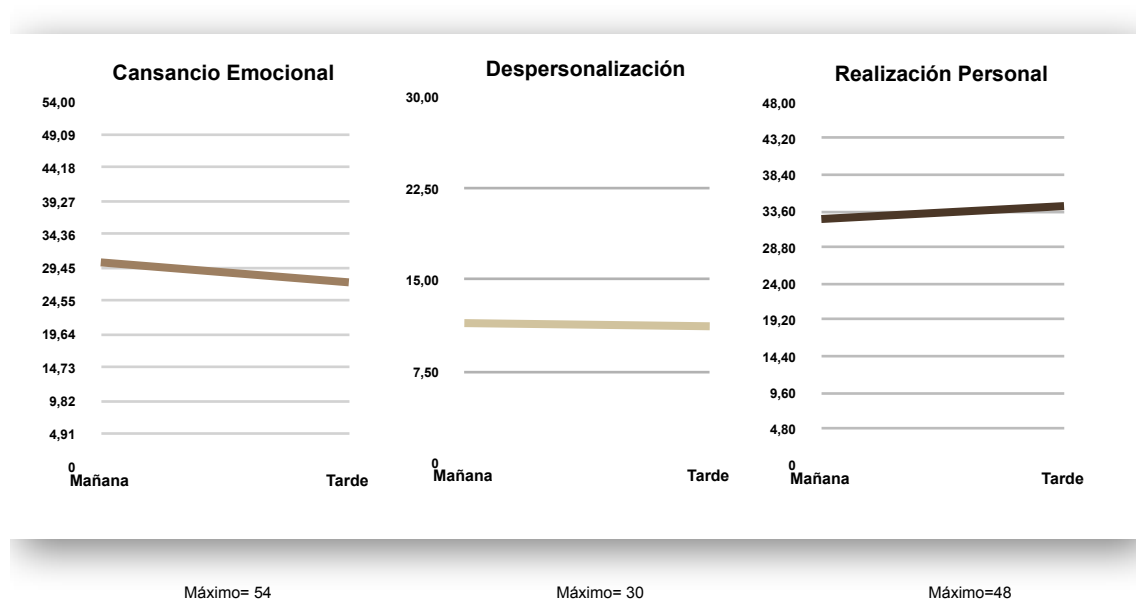


Figura 9.11. Turno de trabajo: Medias de las dimensiones del MBI.

En relación a la distribución de los profesionales sanitarios en los niveles de intensidad en cada una de las dimensiones, los profesionales sanitarios del turno de mañana presentan porcentajes superiores en los niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización en comparación a los del turno de tarde (Véase Tabla 9.11.).

Tabla 9.11. Frecuencias: Turno de trabajo-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Turno de trabajo-Frecuencias											
	Mañana (N=80)						Tarde (N=63)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	11	13,8	18	22,5	51	63,8	18	28,6	15	23,8	30	47,6
Despersonalización	11	13,8	19	23,8	50	62,5	10	15,9	16	25,4	37	58,7
Realización Personal	45	56,3	16	20	19	23,8	26	41,3	27	42,9	10	15,9

En este mismo sentido, los profesionales con un turno de trabajo de mañana son también los que alcanzan una mayor agrupación en el nivel bajo de Realización Personal en el trabajo (56,3%), mientras que los del turno de tarde se reparten entre niveles bajos (41,3%) y medios (42,9%) (Véase Figura 9.12.).

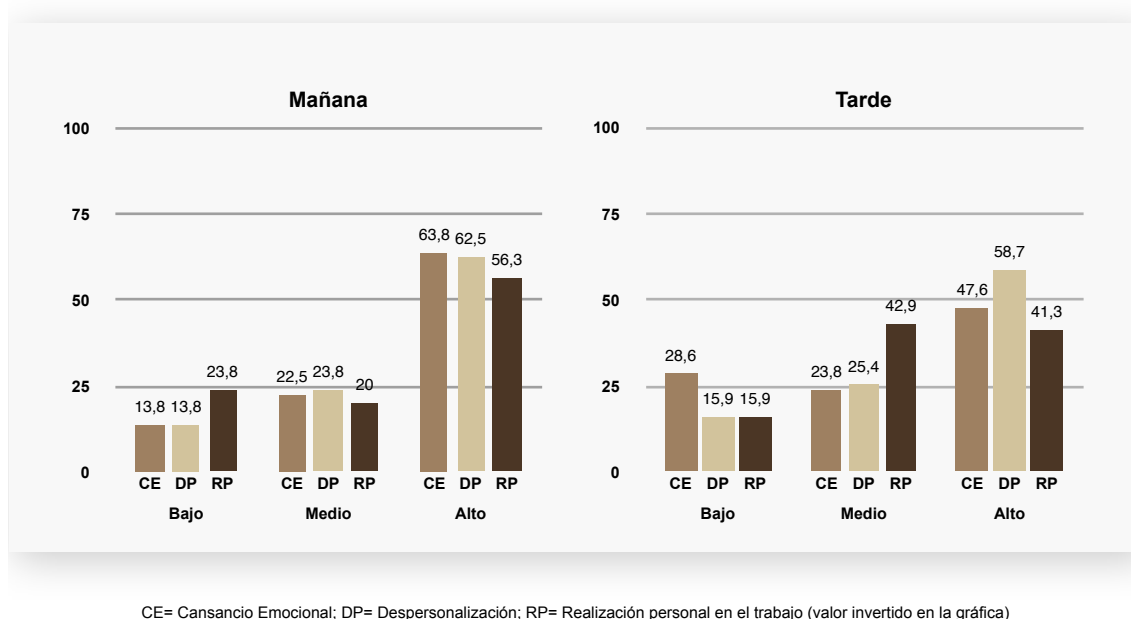


Figura 9.12. Distribución del Turno de trabajo en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

9.3.5. Cargo directivo.

En el análisis de cómo influye haber ejercido o no un cargo directivo con las dimensiones del Síndrome de Burnout, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la dimensión Realización Personal en el trabajo ($t_{142}= 2,215$; $p= 0,028$), indicando que los directivos se presentan más realizados profesionalmente que los sujetos que no han desempeñado nunca funciones directivas. Sin embargo, esta variable parece no influir significativamente ni el Cansancio Emocional ni en la Despersonalización (Véase tabla 9.12.).

Tabla 9.12. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Cargo Directivo-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Cargo Directivo-Descriptivos							
	Si (N=57)				No (N=87)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{142}= 0,642$; $p= 0,522$	10	52	29,72	9,68	1	53	28,47	12,42
Despersonalización $t_{142}= -0,469$; $p= 0,640$	0	27	10,91	5,44	0	27	11,38	6,08
Realización Personal $t_{142}= 2,215$; $p= 0,028^*$	15	47	35,23	7,14	12	47	32,47	7,41

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Descriptivamente, ambos grupos presentan niveles altos de Cansancio Emocional y actitudes de Despersonalización, alcanzando los profesionales sanitarios que han sido directivos un nivel medio de Realización Personal en el trabajo ($M=35,23$; $DT=7,14$), en comparación a los que no lo han sido, los cuales obtienen unos niveles inferiores ($M=32,47$; $DT=7,41$), indicativos de una baja Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 9.13.).

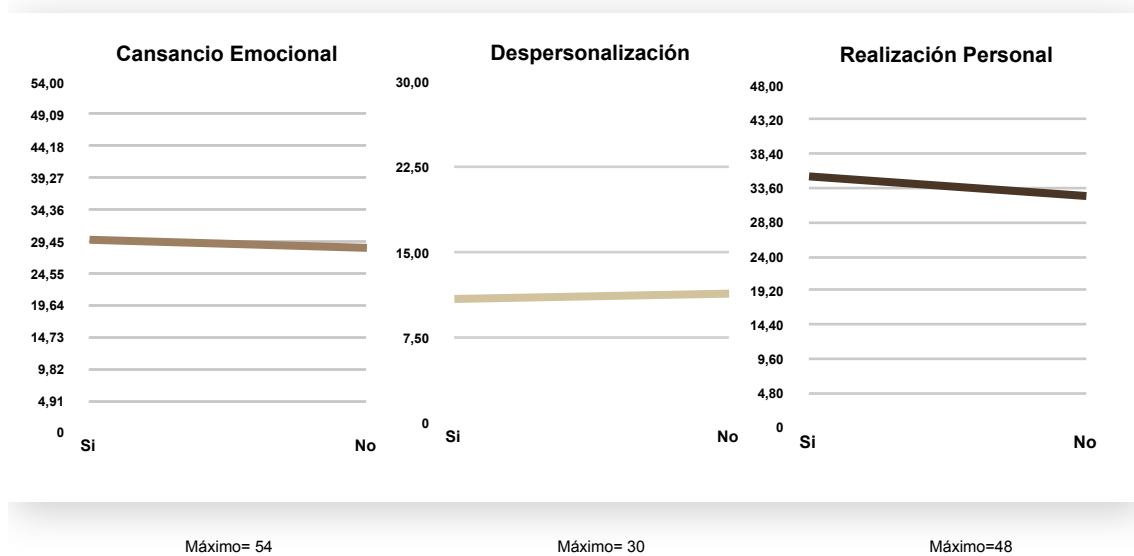


Figura 9.13. Cargo Directivo: Medias de las dimensiones del MBI.

En relación a los sujetos que han sido directivos, más de la mitad de la muestra presenta altos niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización, distribuyéndose más equitativamente en Realización Personal en el trabajo. Aquellos sujetos que no han ejercido nunca un cargo directivo se distribuyen por encima del 50% en los niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, mientras que en Realización Personal en el trabajo su nivel es bajo (Véase Tabla 9.13.).

Tabla 9.13. Frecuencias: Cargo Directivo-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Cargo Directivo-Frecuencias											
	Si (N=57)						No (N=87)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	9	15,8	14	24,6	34	59,6	20	23	20	23	47	54
Despersonalización	7	12,3	16	28,1	34	59,6	16	18,4	18	20,7	53	60,9
Realización Personal	21	36,8	20	35,1	16	28,1	48	55,2	24	27,6	15	17,2

*L

El dato más extremo indica que un 60,9% de los profesionales que no han ejercido funciones directivas, alcanzan niveles altos de Despersonalización, mientras que el dato inferior presenta que un 36,8% de los profesionales directivos señalan una baja Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 9.14.).

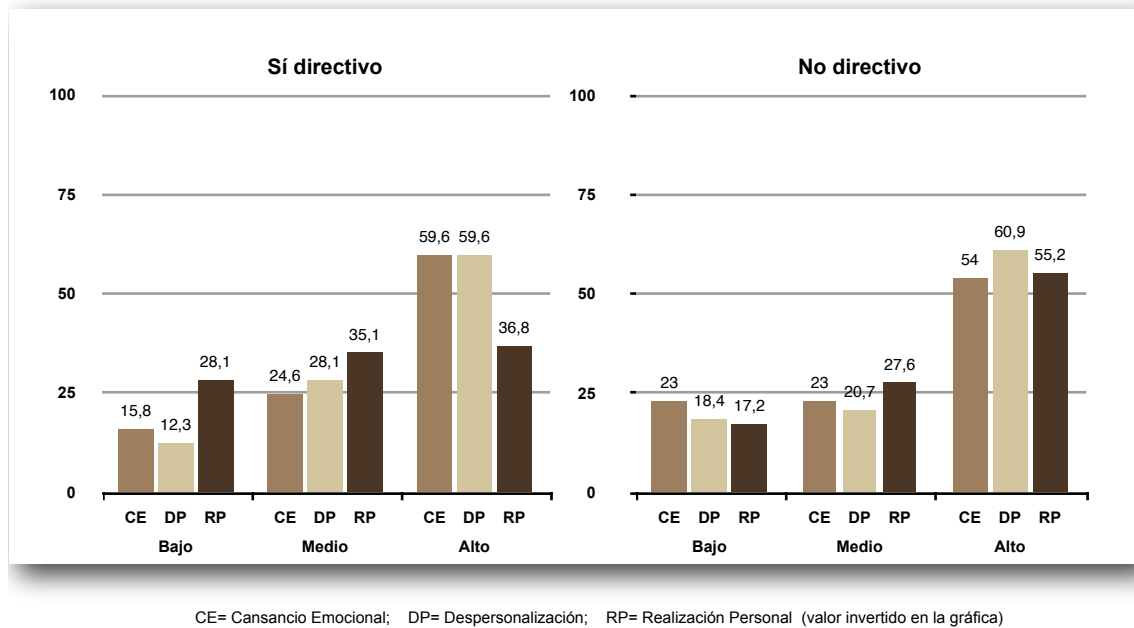


Figura 9.14. Distribución del Cargo Directivo en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

9.3.6. Presión asistencial.

La variable laboral de presión asistencial se presenta en cinco niveles graduados en función del número de personas que atiende el profesional al día, siendo el polo inferior menos de 25 personas/día, hasta el polo superior que son más de 55 personas.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Cansancio Emocional y Despersonalización, analizando mediante Scheffé dichas diferencias para determinar los grupos específicos entre los que se dan. En concreto, en Cansancio Emocional las diferencias se encuentran entre los profesionales que asisten a menos de 25 personas/día y los que atienden a 46-55 personas/día

(Scheffé=-10,43; $p=0,018$) mientras que en Despersonalización, se encuentran entre los dos polos inferior y superior de presión asistencial (Scheffé=-5,68; $p=0,032$) (Véase Tabla 9.14.).

Tabla 9.14. Resultados del ANOVA y Descriptivos: Presión Asistencial-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI-ANOVA	Personas/día	Presión Asistencial-Descriptivos			
		Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $F_2= 3,893$; $p= 0,005^*$	<25	7	41	22,67	9,68
	26-35	1	53	27,72	12,75
	36-45	10	52	29,48	12,04
	46-55	15	47	33,09	8,55
	>55	11	46	33	10,63
Despersonalización $F_2= 3,789$; $p= 0,006^*$	<25	0	21	8,88	5,86
	26-35	1	22	10,28	5,65
	36-45	2	21	10,79	4,11
	46-55	3	24	12,97	5,15
	>55	3	27	14,55	8,06
Realización Personal $F_2= 1,374$; $p= 0,246$	<25	15	47	33,75	7,91
	26-35	14	47	33,72	7,26
	36-45	24	47	35,06	6,89
	46-55	19	47	33,31	6,99
	>55	12	46	30,25	7,99

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

De los cinco grupos, todos los sujetos presentan altos niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización, y bajos en Realización Personal en el trabajo, excepto el grupo del polo inferior (menos de 25 pacientes día) que presenta un nivel medio en las dos primeras dimensiones y el grupo intermedio (36-45 pacientes/día) con niveles medios en Realización Personal en el trabajo. Los profesionales que atienden a un mayor número de personas/días son los que presentan los valores más representativos del Síndrome de Burnout (Véase Figura 9.15.).

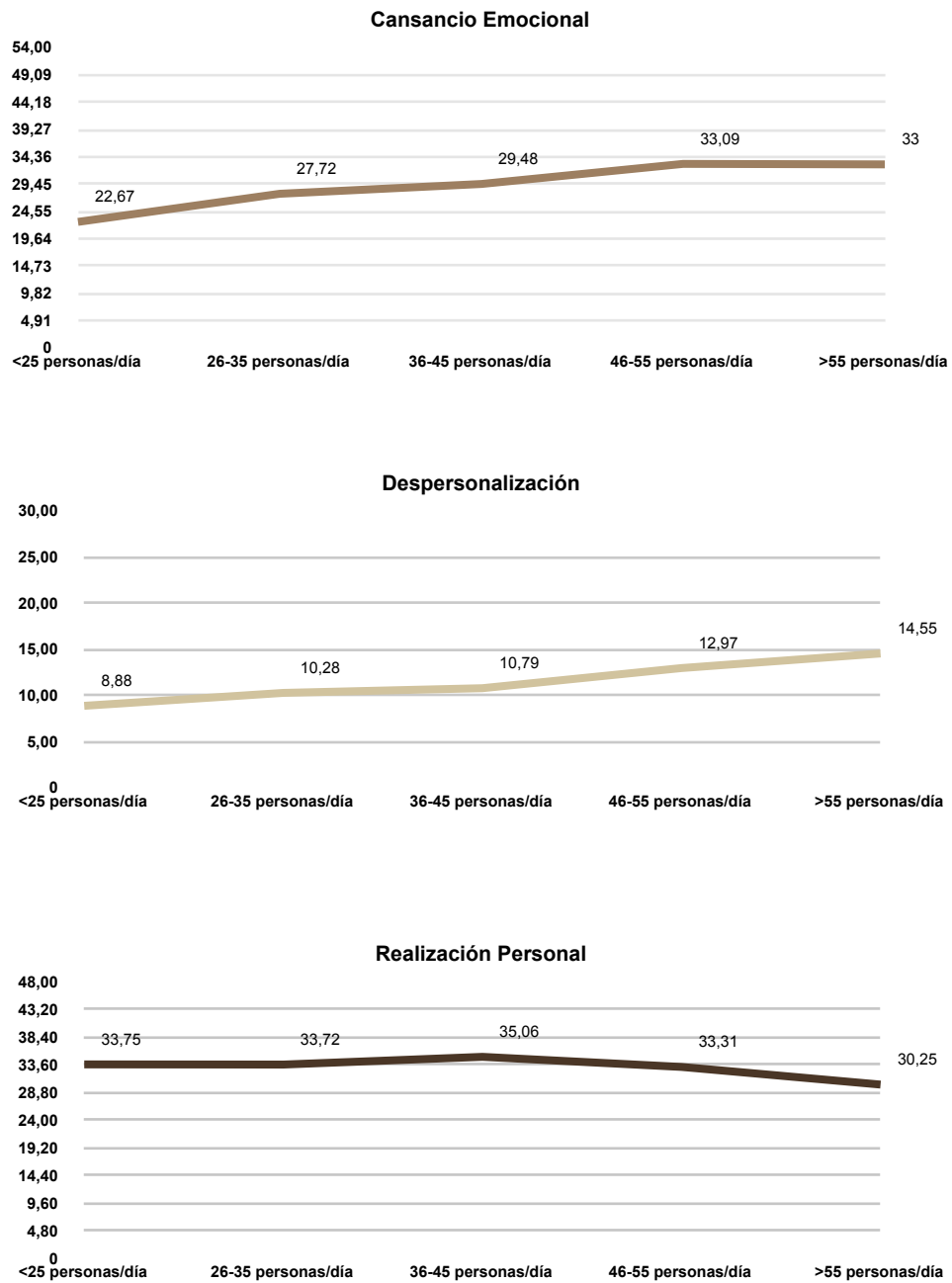


Figura 9.15. Presión Asistencial: Medias de las dimensiones del MBI.

En el análisis descriptivo de los grados de intensidad de cada una de las dimensiones, se encuentra que a medida que la presión asistencial es superior, el número de profesionales que se sitúan en niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización aumenta. En este mismo sentido, destaca que un 70% (N=14) de los profesionales que atienden a mas de 55 personas/día presenta una baja Realización Personal en el trabajo (Véase Tabla 9.15. y Figura 9.16.).

Tabla 9.15. Frecuencias: Presión Asistencial-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Personas /día	Presión Asistencial-Frecuencias					
		Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	<25	8	33,3	9	37,5	7	29,2
	26-35	10	27,8	5	13,9	21	58,3
	36-45	8	24,2	7	21,2	18	54,5
	46-55	1	3,1	8	25	23	71,9
	>55	1	5	5	25	14	70
Despersonalización	<25	6	25	8	33,3	10	41,7
	26-35	9	25	7	19,4	20	55,6
	36-45	2	6,1	10	30,3	21	63,6
	46-55	2	6,1	6	18,8	24	75
	>55	3	15	4	20	13	65
Realización Personal	<25	10	41,7	7	29,2	7	29,2
	26-35	17	47,2	12	33,3	7	19,4
	36-45	12	36,4	13	39,4	8	24,2
	46-55	17	53,1	9	28,1	6	18,8
	>55	14	70	4	20	2	10

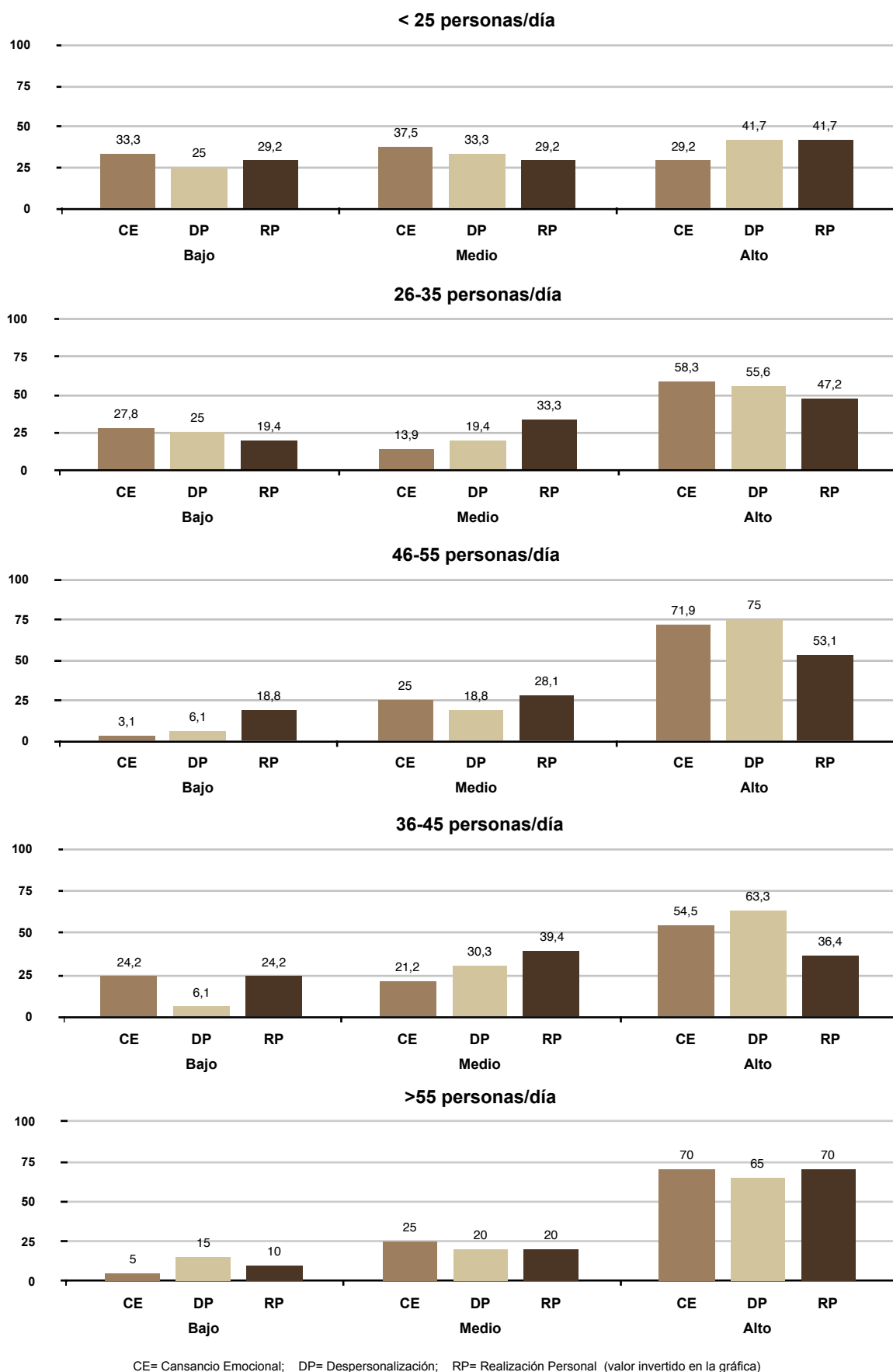


Figura 9.16. Distribución de la Presión Asistencial en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

9.3.7. Ubicación del centro de trabajo.

En relación a la ubicación del centro de trabajo, los grupos resultantes se diferencian en el volumen de profesionales que los configuran, por lo que aunque se referencia el análisis de diferencias de medias debido a que resulta significativo en una de las dimensiones del Síndrome de Burnout, los resultados no pueden considerarse concluyentes.

En las dimensiones Cansancio Emocional y Realización Personal en el trabajo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en Despersonalización la ubicación del centro ejerce influencia indicando diferencias significativas ($t_{146} = 2,131$; $p = 0,035$) en el sentido de que son los sujetos que se encuentran en el ámbito rural los que exhiben mayores actitudes de Despersonalización (Véase Tabla 9.16.).

Tabla 9.16. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Ubicación centro-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Ubicación del centro-Descriptivos							
	Rural (N=14)				Urbano (N= 134)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{146} = 1,227$ $p = 0,222$	15	45	32,64	10,21	1	53	28,74	11,43
Despersonalización $t_{146} = 2,131$ $p = 0,035^*$	2	27	14,43	7,58	0	27	10,96	5,58
Realización Personal $t_{146} = 0,572$ $p = 0,568$	19	46	34,57	7,73	12	47	33,39	7,33

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Así como los profesionales sanitarios que pertenecen a un centro ubicado en el ámbito urbano (N=134), presentan el perfil del Síndrome de Burnout, los que ejercen su profesión en el ámbito rural (N=14), presentan también niveles altos en Cansancio Emocional y Despersonalización, pero su Realización Personal en el trabajo alcanza un nivel medio ($M=34,57$; $DT=7,73$) (Véase Figura 9.17.).

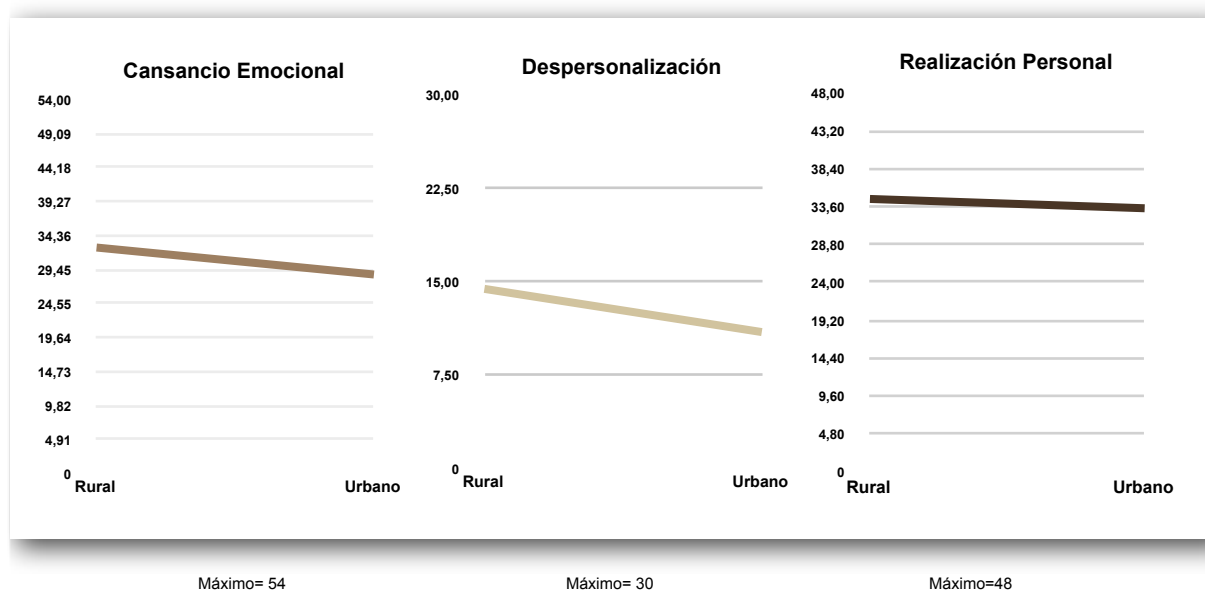


Figura 9.17. Ubicación del centro: Medias de las dimensiones del MBI.

En el análisis de los niveles de intensidad de las dimensiones del Síndrome de Burnout, se refleja que los profesionales de ámbito rural alcanzan un 71,4% en los niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización mientras que el porcentaje acumulado en la dimensión Realización Personal se reparte equitativamente con un 35,7% en los niveles bajos y medios (Véase Tabla 9.17.).

Tabla 9.17. Frecuencias: Ubicación del centro-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Ubicación del centro-Frecuencias											
	Rural (N=14)						Urbano (N= 134)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	1	7,1	3	21,4	10	71,4	28	20,9	32	23,9	74	55,2
Despersonalización	2	14,3	2	14,3	10	71,4	21	15,7	33	24,6	80	59,7
Realización Personal	5	35,7	5	35,7	4	28,6	66	49,3	41	30,6	27	20,1

Sin embargo, los profesionales de ámbito urbano presentan los mayores porcentajes en las niveles bajos de Realización Personal en el trabajo y altos en Cansancio Emocional y Despersonalización (Véase Figura 9.18.).

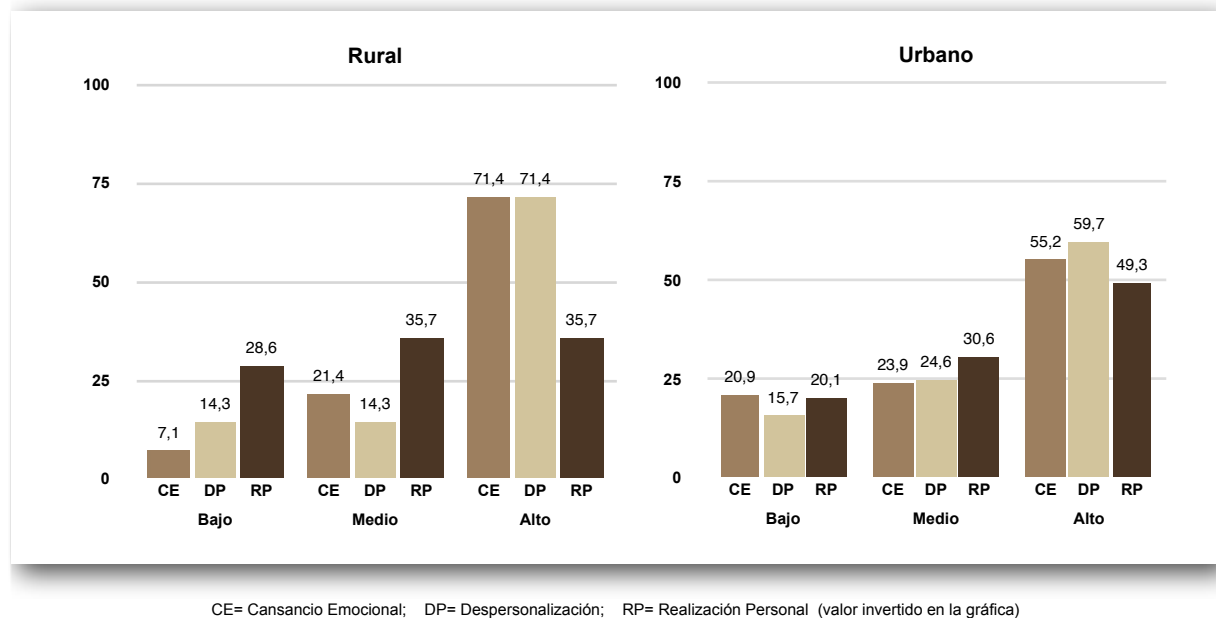


Figura 9.18. Distribución de la Ubicación del centro en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

9.3.8. Número de unidades en el centro.

Esta variable adopta dos valores posibles, en función de que el profesional pertenezca a una o a varias unidades. En función de esta dicotomía, no se establecen diferencias estadísticamente significativas ni en Cansancio Emocional ni en Despersonalización. Sin embargo, en la dimensión Realización Personal en el trabajo, sí se encuentran diferencias significativas ($t_{146} = -2,164$; $p = 0,032$), en el sentido de que los sujetos insertos en una sola unidad, se encuentran más realizados personalmente en su puesto de trabajo que los sujetos que se desarrollan laboralmente en un centro con varias unidades de trabajo (Véase Tabla 9.18.).

Tabla 9.18. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Número de Unidades-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Nº Unidades-Descriptivos							
	Una unidad (N=94)				Varias Unidades (N= 54)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{146} = 1,132; p = 0,260$	7	53	28,31	11,48	1	50	30,50	11,10
Despersonalización $t_{146} = 1,265; p = 0,208$	0	27	10,83	5,72	1	27	12,09	6,06
Realización Personal $T_{146} = -2,164; p = 0,032^*$	15	47	34,48	6,78	12	47	31,80	8,03

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

A un nivel descriptivo, tanto los sujetos que pertenecen a un centro donde sólo existe una unidad de trabajo (N=94), como aquellos en los que existen varias (N=54), presentan altos niveles de Cansancio Emocional y actitudes de Despersonalización. Sin embargo, las puntuaciones medias obtenidas en Realización Personal en el trabajo, indican que los profesionales que trabajan en una sola unidad muestran unos niveles medios (M=34,48; DT=6,78), frente a los niveles bajos que puntúan los profesionales que se encuentran inmersos en varias unidades (M=31,80; DT=8,03) (Véase Figura 9.19.).

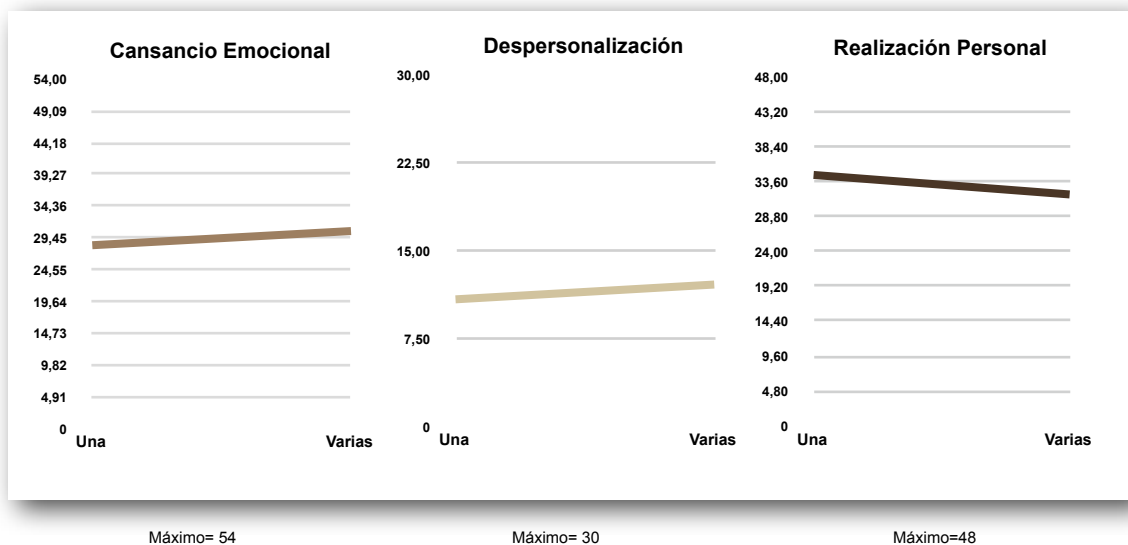


Figura 9.19. Número de Unidades: Medias de las dimensiones del MBI.

En el análisis de las frecuencias, son los profesionales que trabajan en un centro con varias unidades los que registran mayores porcentajes en los niveles bajos de Realización Personal en el trabajo y niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización (Véase Tabla 9.19.).

Tabla 9.19. Frecuencias: Número de Unidades-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Nº Unidades-Frecuencias											
	Una Unidad (N=94)						Varias Unidades (N= 54)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	19	20,2	25	26,6	50	53,2	10	18,5	10	18,5	34	63
Despersonalización	16	17	24	25,5	54	57,4	7	13	11	20,4	36	66,7
Realización Personal	40	42,6	32	34	22	23,4	31	57,4	14	25,9	9	16,7

El porcentaje más elevado que se registra es en el nivel alto de Despersonalización, indicando que un 66,7% de los profesionales que trabajan en un centro con varias unidades presentan este tipo de actitudes. A su vez, son también este tipo de profesionales los que registran un mayor porcentaje en los niveles bajos de Realización Personal en el trabajo (57,4%) y en los altos de Cansancio Emocional (63%) en comparación con los profesionales que desarrollan su profesión en una unidad (Véase Figura 9.20.).

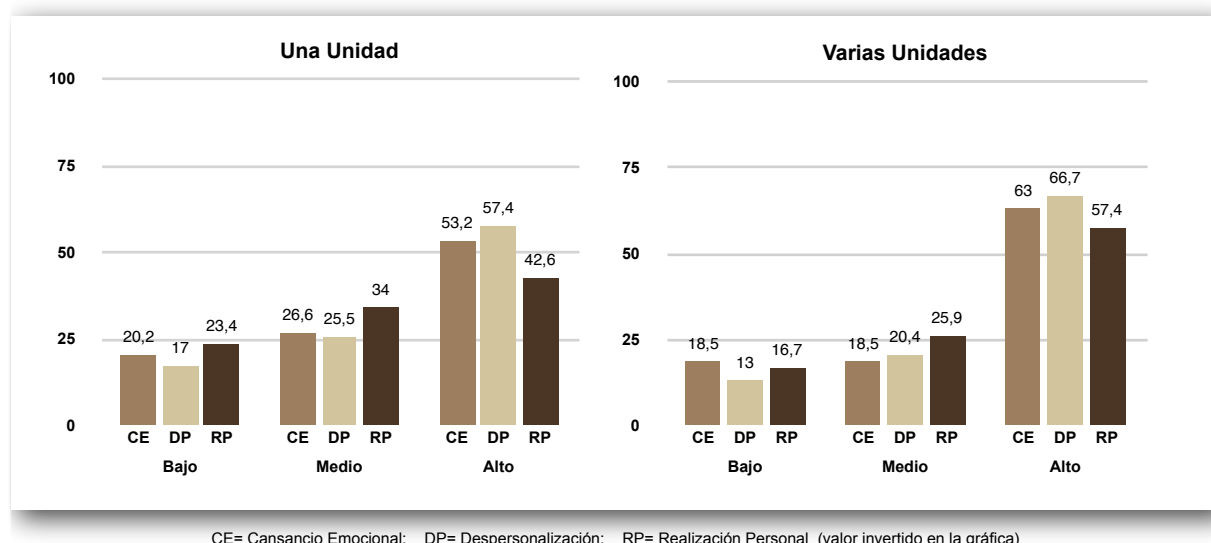


Figura 9.20. Distribución del Número de Unidades en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

9.4. Análisis de la Calidad de Vida Profesional (CVP-35).

Las Variables Laborales que se relacionan con la Calidad de Vida Profesional han sido evaluadas en este estudio mediante la administración, corrección y análisis del CVP-35, el cual está compuesto por un total de 35 ítems que configuran tres dimensiones globales (Apoyo Directivo, Cargas de Trabajo y Motivación Intrínseca) y una puntuación específica de la percepción de la Calidad de Vida Profesional (ítem 34) y de la Capacidad de Desconectar del trabajo (ítem 15).

En la presentación de los resultados de las dimensiones globales y de los preguntas aisladas (15 y 34), se comienza con un análisis de los ítems que configuran dicho cuestionario, puesto que de las puntuaciones medias alcanzadas en ellos dependen los resultados de cada una de las tres dimensiones globales (Véase Figura 9.21.).

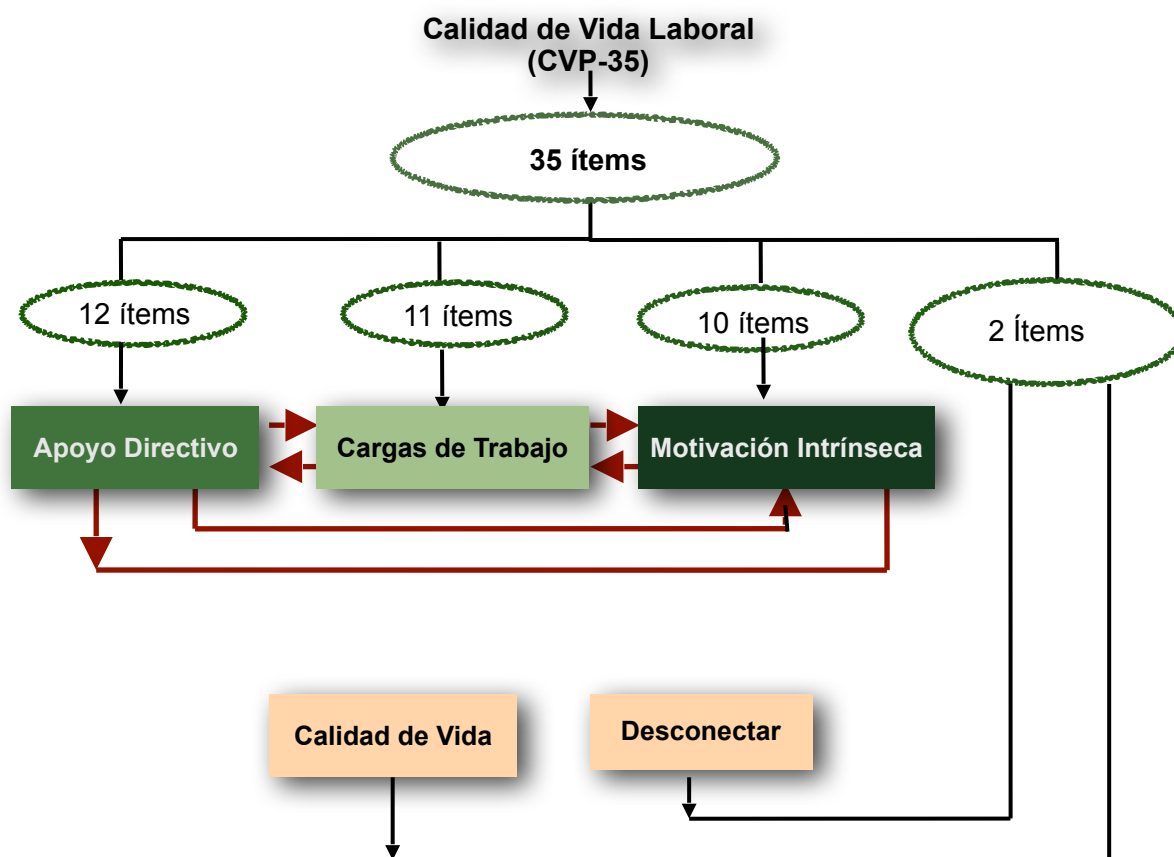


Figura 9.21. Presentación de los resultados de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional, evaluadas en el CVP-35.

Posteriormente, en el apartado siguiente se describe la distribución muestral de cada una de ellas (análisis descriptivo), así como la relación que mantienen entre sí (análisis correlacional).

Por último, se precisa que en relación a las tres dimensiones globales del cuestionario empleado, se ha tratado de delimitar en el Capítulo 3 (Desencadenantes del Síndrome de Burnout) cierta correspondencia con las Variables Laborables que se han desarrollado en el marco teórico, concretamente con la percepción de la Calidad de Vida Laboral (Véase Tabla 3.5.).

9.4.1. Análisis Descriptivo de las Dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.

9.4.1.1. Análisis de los ítems del CVP-35.

Cada una de las tres dimensiones está compuesta por un número determinado de ítems, pudiendo alcanzar, por tanto, puntuaciones máximas diferentes (Véase Tabla 9.20.). A su vez, hay 2 preguntas que corresponden al ítem 34 (“Calidad de vida de mi trabajo”) e ítem 15 (“Desconecto al acabar la jornada laboral”) que no se engloban en ninguna de estas dimensiones, debido a que son una medida resumen de la percepción de Calidad de Vida Profesional global y de la Capacidad de Desconectar del trabajo una vez finalizado.

Tabla 9.20. Ítems que configuran cada una de las dimensiones globales del CVP-35.

DIMENSIÓN	Ítems	Total	Máx
Apoyo Directivo	3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28 y 30	12	120
Cargas de Trabajo	1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25 y 33	11	110
Motivación Intrínseca	2, 9, 12, 13, 26, 27, 29, 31, 32 y 35	10	100

A continuación, se presentan los valores medios de los 35 ítems que conforman el CVP-35 en orden decreciente (Véase Tabla 9.21.), los cuales son valorados en una escala tipo Likert de 1 a 10, a la que se superponen las categorías “nada” (valores 1 y 2), “algo” (valores 3, 4 y 5), “bastante” (valores 6, 7 y 8) y “mucho” (valores 9 y 10).

Todos los ítems cumplen los extremos de mínimo (1 y 2=nada) y máximo (9 y 10=mucho) a excepción de:

- Ítem 1 (“Cantidad de trabajo que tengo”) en el que el mínimo se sitúa en 6 (bastante).
- Ítem 8 (“Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo”) que parte de una puntuación mínima de 4 (algo).
- Ítem 21 (“Carga de responsabilidad”) en el que el mínimo se sitúa en un 3 (algo).

Los tres ítems que alcanzan la mayor puntuación media corresponden dos de ellos a la dimensión Cargas de Trabajo y uno a la Motivación Intrínseca, mientras que las puntuaciones medias inferiores se distribuyen en las dimensiones de Apoyo Directivo Cargas de Trabajo.

Se puntualiza que, aunque es el ítem 35* en el que se obtiene la puntuación inferior ($M=1,12$; $DT=2,58$), no se considera representativo de la totalidad muestral, al no ser contestado por todos los sujetos de la muestra.

Los ítems que no se engloban en ninguna de las tres dimensiones globales señalan que la capacidad de desconectar (ítem 15) alcanza una media de 6,39 ($DT=2,35$) y la calidad de vida general (ítem 34) se sitúa en 5,24 ($DT=1,76$).

* Ítem 35: En caso de ocupar un cargo directivo: Apoyo de mi equipo: 122 sujetos de la muestra dejan de responder a la pregunta 35 por no estar ocupando un puesto directivo en el momento en el que se realiza la recogida de datos del estudio.

Tabla 9.21. Descriptivos de los ítems de las dimensiones del CVP-35.

DIM	Ítem	Contenido	Mn	Mx	M	DT
CT	1	Cantidad de trabajo que tengo.	6	10	8,59	1,09
MI	29	Mi trabajo es importante para la vida de otras personas.	1	10	8,28	1,71
CT	8	Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo.	4	10	8,28	1,63
CT	21	Carga de responsabilidad.	3	10	8,24	1,58
MI	27	Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual.	1	10	8,11	1,40
MI	12	Apoyo de mi familia.	1	10	7,99	2,07
CT	25	Estrés (esfuerzo emocional)	1	10	7,88	1,66
MI	26	Capacitación necesaria para hacer mi trabajo.	1	10	7,78	1,45
MI	32	Me siento orgulloso de mi trabajo.	1	10	7,30	1,90
CT	6	Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo.	1	10	7,15	2,00
CT	7	Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo.	1	10	7,08	2,21
MI	9	Motivación (ganas de esforzarme).	1	10	7,05	1,87
MI	13	Ganas de ser creativo.	1	10	6,89	2,18
CT	24	Interrupciones molestas.	1	10	6,89	1,96
MI	2	Satisfacción con el tipo de trabajo.	1	10	6,71	1,74
MI	31	Lo que tengo que hacer queda claro.	2	10	6,61	1,75
AD	11	Apoyo de mis compañeros.	1	10	6,51	2,19
DC	15	Desconecto al acabar la jornada laboral.	1	10	6,39	2,35
CT	33	Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud.	1	10	5,93	2,40
AD	23	Tengo autonomía o libertad de decisión.	1	10	5,56	2,21
AD	28	Variedad en mi trabajo.	1	10	5,55	2,10
AD	20	Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito.	1	10	5,49	2,02
CT	18	Falta de tiempo para mi vida personal.	1	10	5,26	2,44
CV	34	Calidad de vida de mi trabajo.	1	10	5,24	1,76
AD	30	Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas.	1	10	5,20	2,04
CT	19	Incomodidad física en el trabajo.	1	10	5,11	2,45
AD	3	Satisfacción con el sueldo.	1	9	5,01	1,86
AD	16	Recibo información de los resultados de mi trabajo.	1	10	4,80	1,96
AD	10	Apoyo de mis jefes.	1	10	4,78	2,15
AD	14	Posibilidad de ser creativo.	1	9	4,78	2,04
AD	5	Reconocimiento de mi esfuerzo.	1	9	4,27	1,97
CT	17	Conflictos con otras personas de mi trabajo.	1	10	3,79	2,33
AD	4	Posibilidad de promoción.	1	9	3,39	2,03
AD	22	Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto.	1	9	3,20	1,85
MI	35	En caso de ocupar un cargo directivo: Apoyo de mi equipo.	1	10	1,12	2,58

1 y 2: "nada"; 3-5: "algo"; 6-8: "bastante"; 9-10: "mucho".

Apoyo Directivo

Los sujetos de la muestra obtienen como valor medio una puntuación de 6,51 en el apoyo recibido por sus compañeros, alcanzando el resto de los ítems puntuaciones medias entre los valores 5 y 3, siendo el ítem que menor puntuación media adquiere el que se refiere al que la empresa trata de mejorar la calidad de vida del puesto laboral (M=3,20; DT=1,85) (Véase Tabla 9.21.).

En el análisis de los niveles de graduación de los ítems, la mitad de la muestra considera como “algo” (valores comprendidos entre el 3 y el 5) el feedback que reciben de los resultados de su trabajo (Véase Tabla 9.22.).

Tabla 9.22. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Apoyo Directivo.

APOYO DIRECTIVO	NIVEL							
	Nada		Algo		Bastante		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Apoyo de mis compañeros.</i>	9	6,1	31	20,9	81	54,7	27	18,2
<i>Tengo autonomía o libertad de decisión.</i>	16	10,8	51	34,5	67	45,3	14	9,5
<i>Variedad en mi trabajo.</i>	12	8,1	55	37,2	68	45,9	13	8,8
<i>Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito.</i>	14	9,5	53	35,8	76	51,4	5	3,4
<i>Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas.</i>	18	12,2	56	37,8	68	45,9	6	4,1
<i>Satisfacción con el sueldo.</i>	16	10,8	60	40,5	71	48	1	0,7
<i>Recibo información de los resultados de mi trabajo.</i>	18	12,2	74	50	54	36,5	2	1,4
<i>Apoyo de mis jefes.</i>	21	14,2	71	48	47	31,8	9	6,1
<i>Posibilidad de ser creativo.</i>	21	14,2	72	48,6	50	33,8	5	3,4
<i>Reconocimiento de mi esfuerzo.</i>	30	20,3	67	45,3	49	33,1	2	1,4
<i>Posibilidad de promoción.</i>	51	34,5	69	46,6	26	17,6	2	1,4
<i>Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto de trabajo.</i>	57	38,5	71	48	18	12,2	2	1,4

Nada= 1-2; Algo= 3-5; Bastante= 6-8; Mucho= 9-10.

A su vez, más de la mitad de la muestra presentan “bastante” posibilidad de que sus propuestas sean escuchadas y aplicadas (51,4%) así como apoyados por sus compañeros (54,7%) (Véase Figura 9.22.).

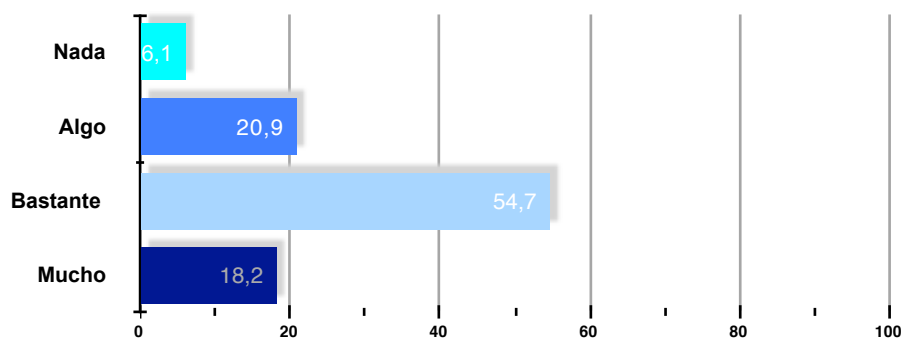


Figura 9.22. Porcentajes de respuesta en el ítem 11: “Apoyo de mis compañeros”.

Cargas de Trabajo

Los profesionales sanitarios obtienen puntuaciones medias superiores al valor de 8 en los ítems referidos a la cantidad de trabajo ($M=8,59$; $DT=1,09$), prisas y agobios que reciben ($M=8,28$; $DT=1,63$) y carga de responsabilidad ($M=8,24$; $DT=1,58$). Por debajo de la puntuación de 8 se encuentra como valor medio la percepción de estrés ($M=7,88$; $DT=1,66$), presión para realizar su trabajo ($M=7,15$; $DT=2,00$) y mantenida en la calidad del mismo ($M=7,08$; $DT=2,21$), mientras que las interrupciones molestas alcanza un valor medio de 6,89 ($DT=1,96$).

Con puntuaciones medias cercanas al 5 se encuentran las preguntas formuladas acerca de las consecuencias negativas que ejerce el trabajo sobre su salud ($M=5,93$; $DT=2,40$), la falta de tiempo para la vida personal ($M=5,26$; $DT=2,44$) y la incomodidad física en el puesto de trabajo ($M=5,11$; $DT=2,45$).

El ítem que presenta el valor medio más bajo es el que se refiere a los conflictos con otras personas ($M=3,79$; $DT=2,33$), mientras que ningún ítem que configura la dimensión de Cargas de Trabajo obtiene una puntuación comprendida entre los valores 1 ó 2 (Véase Tabla 9.21.).

Concretamente, en este sentido, ningún profesional responde “nada” a tres de las preguntas que configuran esta dimensión referidas a la cantidad de trabajo, prisas-agobios y carga de responsabilidad, es decir, no hay ningún sujeto que considere que no tenga ni trabajo, ni prisas-agobios ni cierta carga de responsabilidad en el desempeño de sus funciones laborales. A su vez, más de la mitad de la muestra se engloba en la categoría “mucho” en estos mismos ítems, percibiendo que tienen mucha cantidad de trabajo (58,8%), muchas prisas y agobios por falta de tiempo para hacer su trabajo (57,4%) y mucha carga de responsabilidad (52%). Los otros dos ítems en los que los sujetos se distribuyen por encima de la media alcanzando el valor de “bastante” son estrés (53,4%) e interrupciones molestas (56,8%), señalando justo el 50% de la muestra bastante presión para realizar la cantidad de trabajo que tienen (Véase Tabla 9.23.).

Tabla 9.23. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Cargas de Trabajo.

CARGAS DE TRABAJO	NIVEL							
	Nada		Algo		Bastante		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Cantidad de trabajo que tengo.</i>	--	--	--	--	61	41,2	87	58,8
<i>Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo.</i>	--	--	10	6,8	53	35,8	85	57,4
<i>Carga de responsabilidad.</i>	--	--	9	6,1	62	41,9	77	52
<i>Estrés (esfuerzo emocional).</i>	1	0,7	9	6,1	79	53,4	59	39,9
<i>Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo.</i>	2	1,4	28	18,9	74	50	44	29,7
<i>Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo.</i>	5	3,4	26	17,6	72	48,6	45	30,4
<i>Interrupciones molestas.</i>	3	2	29	19,6	84	56,8	32	21,6
<i>Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud.</i>	13	8,8	46	31,1	61	41,2	28	18,9
<i>Falta de tiempo para mi vida personal.</i>	24	16,2	52	35,1	59	39,9	13	8,8
<i>Incomodidad física en el trabajo.</i>	24	16,2	59	39,9	48	32,4	17	11,5
<i>Conflictos con otras personas de mi trabajo.</i>	51	34,5	61	41,2	29	19,6	7	4,7

Nada= 1-2; Algo= 3-5; Bastante= 6-8; Mucho= 9-10.

En el caso específico de la cantidad de trabajo que perciben los profesionales, la categoría “algo” se presenta también vacía, por lo que la muestra en este ítem se distribuye entre los valores de “bastante” y “mucho” (Véase Figura 9.23.).

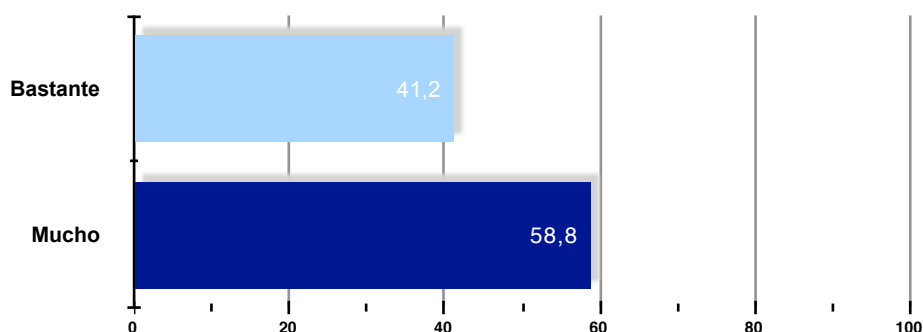


Figura 9.23. Porcentajes de respuesta en el ítem 1: “Cantidad de trabajo que tengo”.

Motivación Intrínseca

La mayoría de los ítems contestados por la totalidad de los sujetos (excepto el ítem 35) alcanzan una puntuación media por encima del valor 6, siendo el ítem que obtiene la mayor media el que se refiere a la consideración que tiene cada profesional de la importancia que su trabajo tiene para la vida de otras personas ($M=8,28$; $DT=1,71$), mientras que el inferior alude a la claridad en el desempeño de las tareas ($M=6,61$; $DT=1,75$) (Véase Tabla 9.21.).

La Motivación Intrínseca que presentan los profesionales, analizada en los ítems, señala que más de la mitad de la muestra considera en el nivel superior de intensidad (“mucho”), que su trabajo es importante para la vida de otras personas (54,7%) y que recibe el apoyo de su familia (51,4%). En el nivel bastante, destaca la capacitación que considera el sujeto que tiene para hacer su trabajo (54,7%), así como la capacitación necesaria que se necesita para realizarlo (58,8%), el 60,8% de la muestra se sienten bastante motivados (ganas de esforzarse) y satisfechos con el tipo de trabajo que desempeñan, se muestran orgullosos de su trabajo (52,7%), con ganas de ser creativos (52%) y señalan claridad en lo que tienen que hacer (59,5%) (Véase Tabla 9.24.).

Tabla 9.24. Distribución porcentual de las respuestas en la dimensión Motivación Intrínseca.

MOTIVACION INTRINSECA	NIVEL							
	Nada		Algo		Bastante		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Mi trabajo es importante para la vida de otras personas.</i>	2	1,4	6	4,1	59	39,9	81	54,7
<i>Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual.</i>	1	0,7	2	1,4	81	54,7	64	43,3
<i>Apoyo de mi familia.</i>	5	3,4	9	6,1	58	39,2	76	51,4
<i>Capacitación necesaria para hacer mi trabajo.</i>	1	0,7	9	6,1	87	58,8	51	34,5
<i>Me siento orgulloso de mi trabajo.</i>	4	2,7	20	13,5	78	52,7	46	31,1
<i>Motivación (ganas de esforzarme).</i>	3	2	24	16,2	90	60,8	31	20,9
<i>Ganas de ser creativo.</i>	6	4,1	26	17,6	77	52	39	26,4
<i>Satisfacción con el tipo de trabajo.</i>	2	1,4	32	21,6	90	60,8	24	16,2
<i>Lo que tengo que hacer queda claro.</i>	2	1,4	34	23	88	59,5	24	16,2
<i>En caso de ocupar un cargo directivo, en el momento actual: Apoyo de mi equipo (N=26).</i>	1	0,7	7	4,7	15	10,1	3	2

Nada= 1-2; Algo= 3-5; Bastante= 6-8; Mucho= 9-10.

En el análisis pormenorizado del ítem 29 (“Mi trabajo es importante para la vida de otras personas”) en el que los profesionales alcanzan la mayor puntuación media de todos los que configuran la dimensión de Motivación Intrínseca, únicamente 2 sujetos consideran que su trabajo no es “nada” importante para la vida de otras personas (1,4%) (Véase Figura 9.24.).

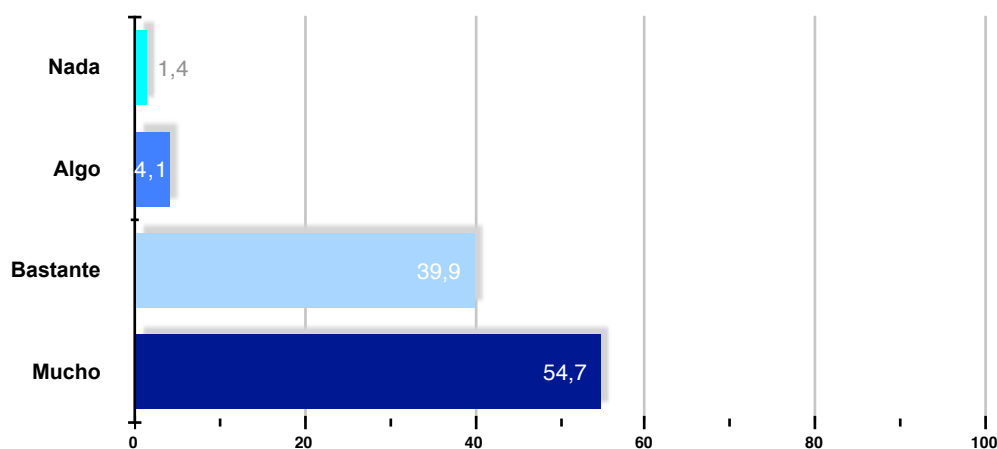


Figura 9.24. Porcentajes de respuesta en el ítem 29: “Mi trabajo es importante para la vida de otras personas”.

9.4.1.2. Análisis de la distribución muestral de las dimensiones de Calidad de Vida Profesional.

En relación con las tres dimensiones valoradas en la Calidad de Vida Profesional, la media más alta se encuentra en la Motivación Intrínseca con 7,39 (DT=1,08), seguida por las Cargas de Trabajo con una media de 6,74 (DT=1,15), siendo la dimensión con la media mas baja el Apoyo Directivo con 4,88 (DT=1,26). Mientras que el mínimo de las tres dimensiones se establece en 0, el máximo de cada una de ellas oscila dependiendo del número de ítems que las configuran en el cuestionario. La dimensión que presenta un mínimo más alto, es la dimensión de Cargas de Trabajo, concretamente 41 (Véase Tabla 9.25.).

Tabla 9.25. Estadísticos Descriptivos. Dimensiones del CVP-35.

Dimensiones CVP-35	Mínimo	Máximo	M	DT
Apoyo Directivo	14	93	4,88	1,26
Cargas de Trabajo	41	101	6,74	1,15
Motivación Intrínseca	28	91	7,39	1,08

Si se analiza cada una de las dimensiones globales en los cuatro valores de graduación de intensidad que pueden alcanzar (nada, algo, bastante y mucho), se observa que tanto las Cargas de Trabajo como la Motivación Intrínseca se distribuyen de manera ascendente, es decir, ningún sujeto percibe que no tenga ninguna carga de trabajo ni este nada motivado (Véase Tabla 9.26.).

Tabla 9.26. Grado de intensidad de las dimensiones del CVP-35.

DIMENSIONES CVP-35	GRADO							
	Nada		Algo		Bastante		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Apoyo Directivo	13	8,8	106	71,6	29	19,6	-	-
Cargas de Trabajo	-	-	38	25,7	106	71,6	4	2,7
Motivación Intrínseca	-	-	10	6,8	128	86,5	10	6,8

Sin embargo, el Apoyo Directivo presenta una distribución que fluctúa alcanzando el mayor porcentaje en el valor de “algo” (71,6%), mientras que ningún sujeto de la muestra percibe que sea mucho no puntuando valores de 9 o 10 a los ítems que configuran dicha dimensión (Véase Figura 9.25.).

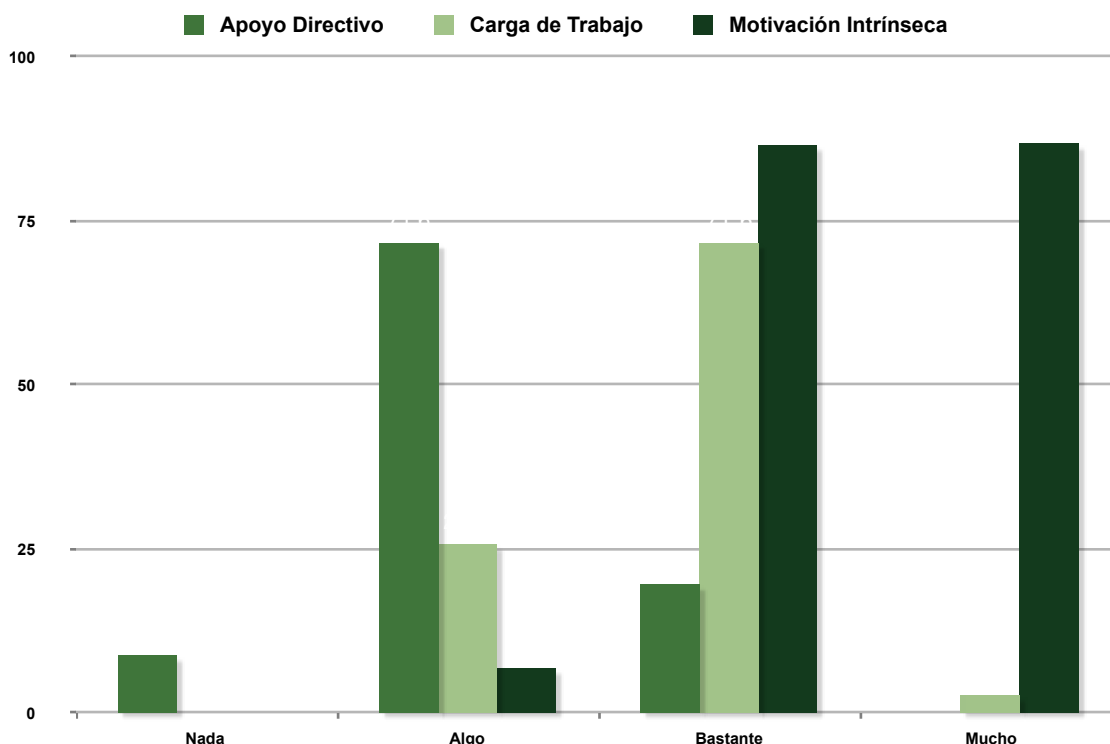


Figura 9.25. Distribución de los valores de las dimensiones del CVP-35: Apoyo Directivo, Cargas de trabajo y Motivación Intrínseca.

La valoración global media sobre la Calidad de Vida Profesional percibida (ítem 34) es de 5,24 (DT=1,76) para los profesionales sanitarios que configuran la muestra. Un 4,7% (N=7) puntúan entre 1 y 2 (nada), un 46,6% (N=69) entre 3 y 5 (algo), un 47,3% (N=70) obtienen valores comprendidos entre 6 y 8, mientras que solo un 1,4% (N=2) señalan puntuaciones de 9 y 10 (mucho) (Véase Figura 9.26.).

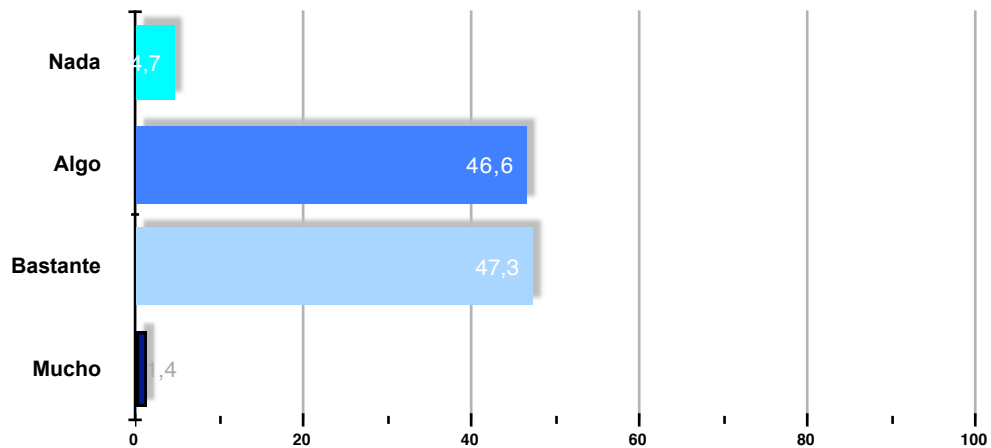


Figura 9.26. Porcentajes de respuesta en el ítem 34: “Calidad de vida de mi trabajo”.

Respecto a la Capacidad de Desconectar del trabajo (ítem 15) los sujetos presentan una media de 6,39 (DT=2,35), mientras que la distribución en los niveles se distribuye de la siguiente manera: 6,1% (N=9) señala niveles entre 1 y 2 (nada), 30,4% (N=45) puntuaciones entre 3 y 5 (algo), 40,5% (N=60) valores entre 6 y 8 (bastante) y un 23% (N=34) el nivel máximo de 9 y 10 (mucho) (Figura Véase 9.27.).

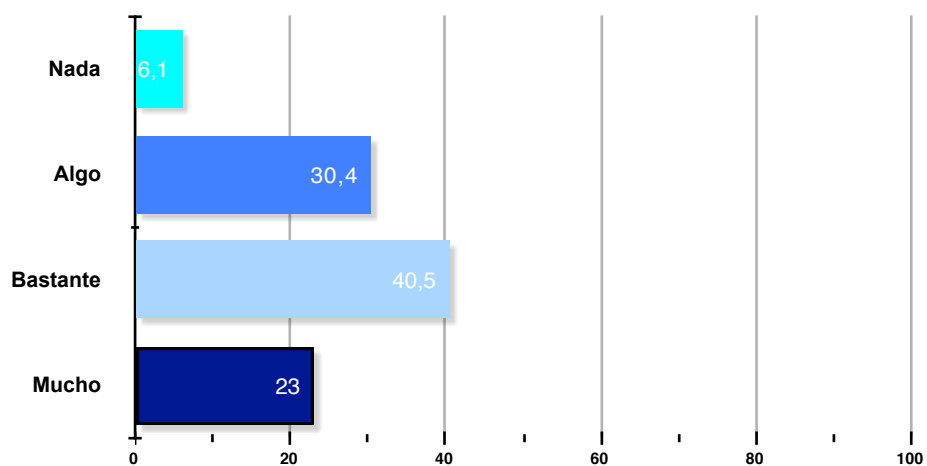


Figura 9.27. Porcentajes de respuesta en el ítem 15: “Desconecto al acabar la jornada laboral”.

9.4.2. Análisis Correlacional de las dimensiones del CVP-35.

Mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson, se analizan las relaciones que mantienen entre sí las tres dimensiones globales del CVP-35. Mientras que las Cargas de Trabajo y la Motivación no mantienen ningún tipo de relación significativa entre ellas en este estudio, el Apoyo Directivo presenta una relación lineal positiva significativa con la Motivación Intrínseca ($r_{xy} = 0,562$; $p < 0,01$) y una relación lineal negativa con las Cargas de Trabajo ($r_{xy} = -0,216$; $p < 0,01$), es decir, un aumento en la percepción de Apoyo Directivo se corresponde de forma constante con un aumento en la Motivación mientras que los profesionales perciben menores Cargas de Trabajo (Véase Tabla 9.27.).

Tabla 9.27. Correlaciones entre las dimensiones del CVP-35 (N=148).

CVP-35	Apoyo Directivo	Cargas de Trabajo	Motivación Intrínseca
Apoyo Directivo			
Correlación de Pearson	1	-,216**	,562**
Sig. (bilateral)	,	,008	,000
Cargas de Trabajo			
Correlación de Pearson	-,216**	1	-,016
Sig. (bilateral)	,008	,	,846
Motivación Intrínseca			
Correlación de Pearson	,562**	-,016	1
Sig. (bilateral)	,000	,846	,

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En relación a los dos ítems que no están integrados en ninguna de las tres dimensiones, se encuentra que la percepción de la Calidad de Vida Profesional general (ítem 34) mantiene una correlación estadísticamente significativa ($< 0,01$) con todas las dimensiones globales del CVP-35, estableciendo un valor positivo con Apoyo Directivo ($r_{xy} = 0,564$) y Motivación Intrínseca ($r_{xy} = 0,436$) y negativo con las Cargas de Trabajo ($r_{xy} = -0,344$).

La Capacidad de Desconectar cuando se finaliza la jornada laboral, únicamente mantiene correlación con las Cargas de Trabajo ($r_{xy} = -0,218$; $p < 0,01$) con sentido negativo, indicando que los sujetos son capaces de desconectar mejor a medida que las Cargas de Trabajo son inferiores. Por último, se encuentra que la Calidad de Vida Profesional y la Capacidad de

Desconectar mantienen una correlación estadísticamente significativa con valor positivo (Véase Tabla 9.28.).

Tabla 9.28. Correlaciones entre las dimensiones del CVP-35 y los ítems 15 y 34 (N=148).

CVP-35	Apoyo Directivo	Cargas de Trabajo	Motivación Intrínseca	Capacidad de Desconectar	Calidad de Vida Profesional
Capacidad Desconectar					
Correlación de Pearson	,123	-,218**	,112	1	,172*
Sig. (bilateral)	,137	,008	,175	,	,037
Calidad de Vida					
Correlación de Pearson	,564**	-,344**	,436**	,172*	1
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,037	,

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

9.5. Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional.

De las dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) es el Cansancio Emocional el que mantiene relaciones significativas con todas las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional (CVP-35). En concreto, mantiene una relación positiva con las Cargas de Trabajo ($r_{xy}= 0,644$; $p<0,01$) y negativa con el Apoyo Directivo ($r_{xy}= -0,341$; $p<0,01$) y la Motivación Intrínseca ($r_{xy}= -0,271$; $p<0,01$), interpretándose que según aumenta el Cansancio Emocional de los profesionales la percepción del apoyo de los directivos y la motivación disminuyen, mientras que la cantidad de trabajo percibida es mayor. Las actitudes de Despersonalización se relacionan de manera positiva con las Cargas de Trabajo ($r_{xy}= 0,245$; $p<0,01$) y negativa con la Motivación ($r_{xy}= -0,279$; $p<0,01$), mientras que la Realización Personal en el trabajo correlaciona directamente con el Apoyo Directivo percibido ($r_{xy}= 0,338$; $p<0,01$) y el grado de Motivación ($r_{xy}= 0,533$; $p<0,01$).

De las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional (CVP-35), la Motivación Intrínseca mantiene correlaciones estadísticamente significativas con todas las dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI), relacionándose de manera positiva con la Realización Personal

en el trabajo y en sentido inverso con sentimientos de Cansancio Emocional y actitudes despersonalizadas (Véase Tabla 9.29.).

Tabla 9.29. Correlación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional (N=148).

MBI-CVP 35	Apoyo Directivo	Cargas de Trabajo	Motivación Intrínseca
Cansancio Emocional			
Correlación de Pearson	-,341**	,644**	-,271**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,001
Despersonalización			
Correlación de Pearson	-,110	,245**	-,279**
Sig. (bilateral)	,182	,003	,001
Realización Personal			
Correlación de Pearson	,338**	-,002	,533**
Sig. (bilateral)	,000	,976	,000

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Por último, en el análisis de la relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y la percepción de la Calidad de Vida Profesional y Capacidad de Desconectar, destaca que las actitudes de Despersonalización no mantienen ningún tipo de correlación estadísticamente significativa con ninguna de estas dos puntuaciones, mientras que la Capacidad de Desconectar únicamente se relaciona de manera negativa con el Cansancio Emocional (Véase Tabla 9.30.).

Tabla 9.30. Correlación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con la Calidad de Vida Profesional y la Capacidad de Desconectar (N=148).

MBI-CVP 35	Calidad de Vida Profesional	Capacidad de Desconectar
Cansancio Emocional		
Correlación de Pearson	-,380**	-,313**
Sig. (bilateral)	,000	,000
Despersonalización		
Correlación de Pearson	-,115	-,141
Sig. (bilateral)	,165	,087
Realización Personal		
Correlación de Pearson	,277**	,062
Sig. (bilateral)	,001	,456

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Capítulo 10

RESULTADOS III

FACILITADORES del Síndrome de Burnout

Variables Personales

10.1. Introducción.

Las Variables Personales que se han considerado como Facilitadores del Síndrome de Burnout en este estudio (Variables Independientes), se han obtenido mediante la administración de dos cuestionarios (Véase Tabla 10.1.) y quedan divididas en dos grandes bloques:

- **Variables Sociodemográficas:** Sexo, edad, estado civil, número de hijos, años trabajados en el puesto (INSALUD, Área 11 y en la misma plaza) y baja laboral; y
- **Variables de Personalidad** (Rasgos y Trastornos) y **Comorbilidad Psiquiátrica** (Síndromes Clínicos de gravedad moderada y severa) de los sujetos.

Tabla 10.1. Instrumentos de medida empleados en la recogida de las Variables Personales (Facilitadores).

INSTRUMENTO	OBJETIVO
Cuestionario de Variables Sociodemográficas y Laborales	<u>Variables Sociodemográficas</u> Sexo Edad Estado civil Número de hijos Años trabajados Baja laboral
Inventario Clínico Multiaxial de Millon II MCMI-II	<u>Variables de Personalidad</u> Rasgos de Personalidad Trastornos de Personalidad <u>Síndromes Clínicos</u> De gravedad moderada De gravedad severa

10.2. Descripción de las Variables Sociodemográficas.

La muestra objeto del presente estudio está compuesta por 148 sujetos, profesionales sanitarios del Área 11 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid, quedando la distribución por **sexos** en un 21,6% de varones (N=32) y 78,4% de mujeres (N=116) (Véase Figura 10.1.) y con una **edad** media de 44,03 años (DT=7,95) (Véase Tabla 10.2.).

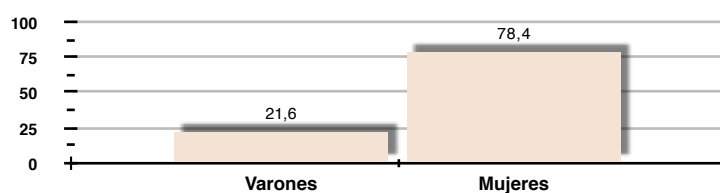


Figura 10.1. Distribución muestral en función de la variable Sexo.

En relación al **estado civil**, predominan los casados con un 62,8% frente a los solteros, separados/divorciados o viudos (Véase Tabla 10.3.). Respecto al **número de hijos**, un 66,2% tiene al menos un hijo, situándose la media en 1,21 hijo (DT=1,04) (Véase Tabla 10.2.).

Tabla 10.2. Descriptivos Demográficos: Edad y Número de hijos.

Variables	N	Mínimo	Máximo	M	DT
Edad	148	27	65	44,03	7,95
Hijos	148	0	4	1,21	1,04

Tabla 10.3. Porcentajes Demográficos: Sexo y Estado civil.

Variables		N	%
Sexo	Varón	32	21,6
	Mujer	116	78,4
Estado civil	Soltero	38	25,7
	Casado	93	62,8
	Separado/divorciado	10	6,8
	Viudo	3	2,0
	Otros	3	2,0
	Sin contestar	1	0,7

Atendiendo a los **años trabajados en el INSALUD**, la muestra seleccionada presenta una media de 16,99 años (DT=7,94). Concretamente, en el **Área 11** donde se lleva a cabo el estudio, los profesionales presentan una permanencia de 12,08 años (DT=6,64), situándose en 9,39 años de desempeño laboral en la **misma plaza** (DT=6,40) (Véase Tabla 10.4.).

Tabla 10.4. Descriptivos años trabajados: INSALUD, Área 11 y en la misma plaza.

Variables	N	Mínimo	Máximo	M	DT
INSALUD	146	2	37	16,99	7,94
Área 11	145	1	31	12,08	6,64
Misma plaza	148	1	30	9,39	6,40

La pregunta planteada para evaluar el porcentaje de sujetos que habían estado de **baja laboral** con una duración superior a un mes, se concreta en los últimos 6 meses de la fecha en la que se cumplimentó el cuestionario, contestando afirmativamente un 8,1% (N=12) frente a la negativa de un 91,9% (N=136).

10.3. Síndrome de Burnout y Variables Sociodemográficas.

Con el objetivo de estudiar la influencia de las Variables Sociodemográficas (Independientes) en las dimensiones del Síndrome de Burnout (Dependientes), se establece un análisis comparativo entre los valores que pueden adquirir las primeras para observar las diferencias en las segundas.

En este sentido, se ha elaborado una recodificación para determinadas variables debido a que en el Cuestionario utilizado se presenta preguntas abiertas en relación a los años (edad cronológica y años trabajados). Para este tipo de preguntas se ha establecido los puntos de corte medio en los que se distribuyen aproximadamente la muestra, con el objetivo de homogeneizar los grupos en su posterior análisis de las diferencias. Para aquellas variables que presentan una mayor clasificación (estado civil) o un dato numérico (número de hijos) también se ha establecido una categoría

dicotómica (Véase Tabla 10.5.). Los valores de las variables sexo y baja laboral no se han modificado.

Tabla 10.5. Recodificación de las Variables Personales descriptivas para su análisis con las dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI).

Variables Descriptivas		Variables Analizadas	Explicación Recodificación
Edad	Fecha de nacimiento	27-44 años 45-65 años	Punto de corte: 45 años (Homogeneizar la muestra en dos grupos).
Estado civil	Soltero Casado Separado/ divorciado Viudo Otros Sin contestar	Con pareja Sin pareja	Criterio de análisis: tener o no pareja con el objetivo de poder analizar grupos más representativos por cantidad de sujetos.
Hijos	Número de hijos	Con hijos Sin hijos	Criterio de análisis: tener o no hijos, independientemente del número con el objetivo de obtener grupos representativos.
Años trabajados	Años INSALUD	2-15 años 16-37 años	Punto de corte: 16 años trabajados (Homogeneizar la muestra en dos grupos).
	Años Área 11	1-11 años 12-31 años	Punto de corte: 12 años trabajados (Homogeneizar la muestra en dos grupos).
	Años Misma Plaza	1-7 años 8-30 años	Punto de corte: 8 años trabajados (Homogeneizar la muestra en dos grupos).

10.3.1. Sexo.

Entre los profesionales sanitarios seleccionados por padecer Síndrome de Burnout, se encuentra un mayor porcentaje de mujeres (78,4%) que presentan puntuaciones significativas en el MBI en comparación con los hombres (21,6%), no estableciéndose diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout en función de la variable sexo (Véase Tabla 10.6.).

Tabla 10.6. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Sexo-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Sexo-Descriptivos							
	Mujeres (N=116)				Hombres (N=32)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{146}=0,150$; $p=0,881$	1	53	29,03	11,32	7	52	29,38	11,65
Despersonalización $t_{146}=0,024$; $p=0,981$	0	27	11,28	6,02	2	24	11,31	5,34
Realización Personal $t_{146}=-0,217$; $p=0,829$	12	47	33,57	7,11	14	47	33,25	8,29

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

No obstante, tanto mujeres (N=116) y hombres (N=32) presentan como puntuaciones medias, altos niveles en Cansancio Emocional y Despersonalización, y bajos niveles en Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 10.2.).

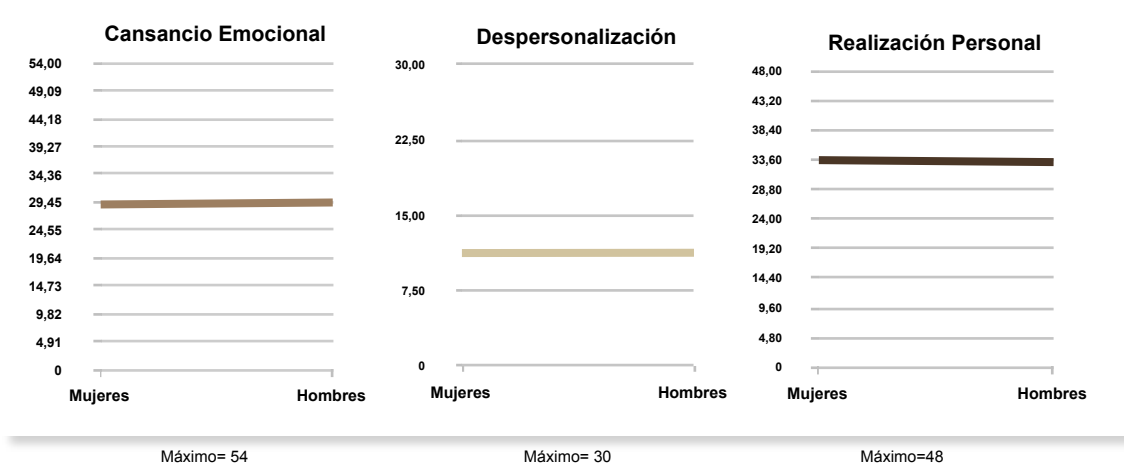


Figura 10.2. Sexo: Medias de las Dimensiones del MBI.

A nivel descriptivo, más de la mitad de la muestra de ambos grupos presentan niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, mientras que en los niveles bajos de Realización Personal en el trabajo se registra el 50% de las mujeres y el 40,6% de los hombres. Destaca que el 71,9% (N=23) de los varones presente niveles altos en la dimensión de Despersonalización (Véase Tabla 10.7. y Figura 10.3.).

Tabla 10.7. Frecuencias: Sexo-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Sexo-Frecuencias											
	Mujeres (N=116)						Hombres (N=32)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	23	19,8	27	23,3	66	56,9	6	18,8	8	25,0	18	56,3
Despersonalización	18	15,5	31	57,8	67	57,8	5	15,6	4	12,5	23	71,9
Realización Personal	50	50,0	33	28,4	25	21,6	13	40,6	13	40,6	6	18,8

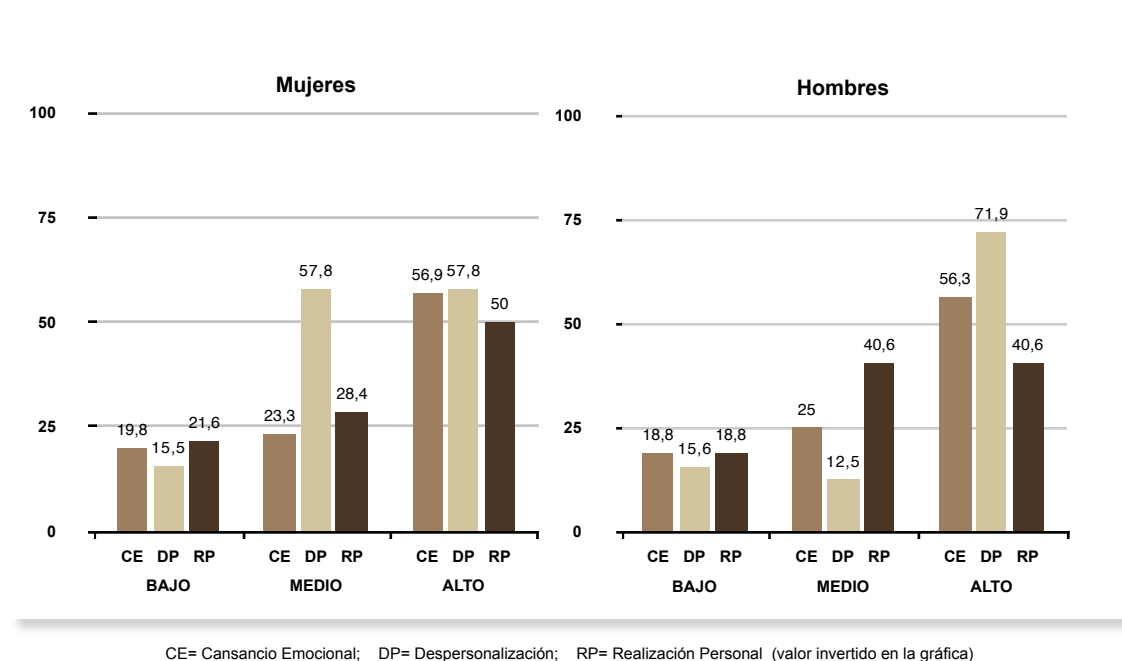


Figura 10.3. Distribución del Sexo en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

10.3.2. Edad.

La variable edad adquiere oscilaciones, si se atiende a los cinco grupos en los que queda distribuida la muestra del estudio: 27-30 años, 31-40 años, 41-50 años, 51-60 años y 60-65 años, alcanzando una mayor prevalencia en el grupo comprendido entre 41-50 años (45,27%). No se cuenta con ningún sujeto de 29, 60, 61 o 62 años (Véase Figura 10.4.).

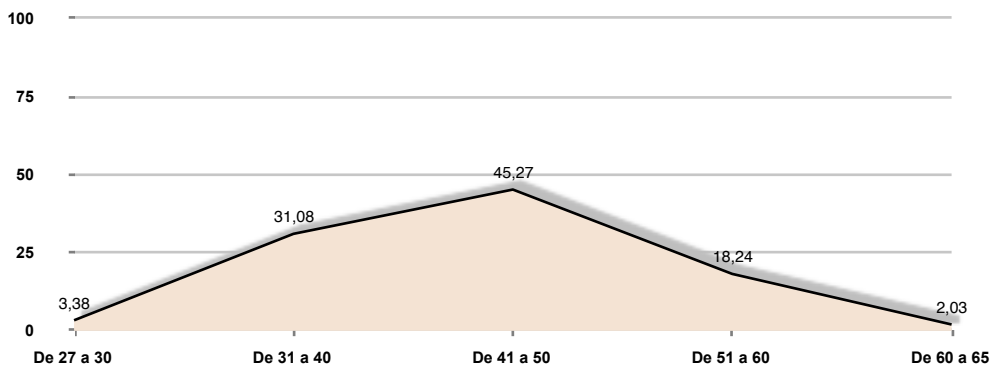


Figura 10.4. Distribución muestral en función de la Edad.

Para analizar cómo influye la edad en cada una de las dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, se ha tenido en cuenta los estadísticos descriptivos de la muestra estudiada, los cuales indican que la edad mínima es de 27 años y la edad máxima es de 65 años, situándose la edad media en 44,03 años (DT=7,95). Puesto que el 48% (N=71) de la muestra está comprendida entre los 27 y 44 años, el punto de corte que se ha utilizado es la edad de 45 años. Los grupos comparados adquieren homogeneidad alrededor del punto de corte, distribuyéndose con 71 sujetos los menores de 45 años y 77 sujetos los mayores. No se encuentran diferencias significativas en las medias alcanzadas en ninguna de las tres dimensiones en función de la variable edad (Véase Tabla 10.8.).

Tabla 10.8. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Edad-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Edad-Descriptivos							
	<45 años (N=71)				>= 45 años (N=77)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{146}=-0,062$; $p=0,950$	7	50	29,17	11,18	1	53	29,05	11,58
Despersonalización $t_{146}=-1,851$; $p=0,066$	0	24	12,21	5,49	0	27	10,44	6,09
Realización Personal $t_{146}=-0,056$; $p=0,956$	12	47	33,54	7,53	15	47	33,47	7,23

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

La distribución de la muestra, tanto los menores de 45 años (N=71) como los mayores (N=77), se caracterizan por altos niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización, y bajos en Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 10.5.).

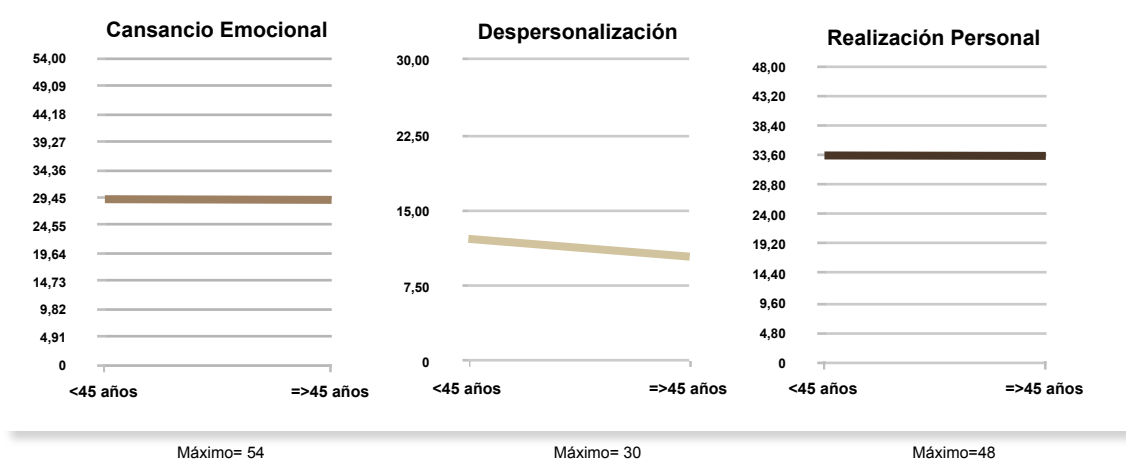


Figura 10.5. Edad: Medias de las dimensiones del MBI.

Descriptivamente, más de la mitad de la muestra de ambos grupos presentan niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, mientras que en los niveles bajos de Realización Personal en el trabajo el único dato inferior se sitúa en un 42,3% de los profesionales menores de 45 años. En la dimensión Despersonalización, es donde se registra la mayor diferencia a nivel porcentual, situándose un 70,4% de los sujetos menores de 45 años en niveles altos (Véase Tabla 10.9. y Figura 10.6.).

Tabla 10.9. Frecuencias: Edad-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Edad-Frecuencias											
	<45 años (N=71)						>= 45 años (N=77)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	14	19,7	19	26,8	38	53,5	15	19,5	16	20,8	46	59,7
Despersonalización	7	9,9	14	19,7	50	70,4	16	20,8	21	27,3	40	51,9
Realización Personal	30	42,3	27	38,0	14	19,7	41	53,2	19	24,7	17	22,1

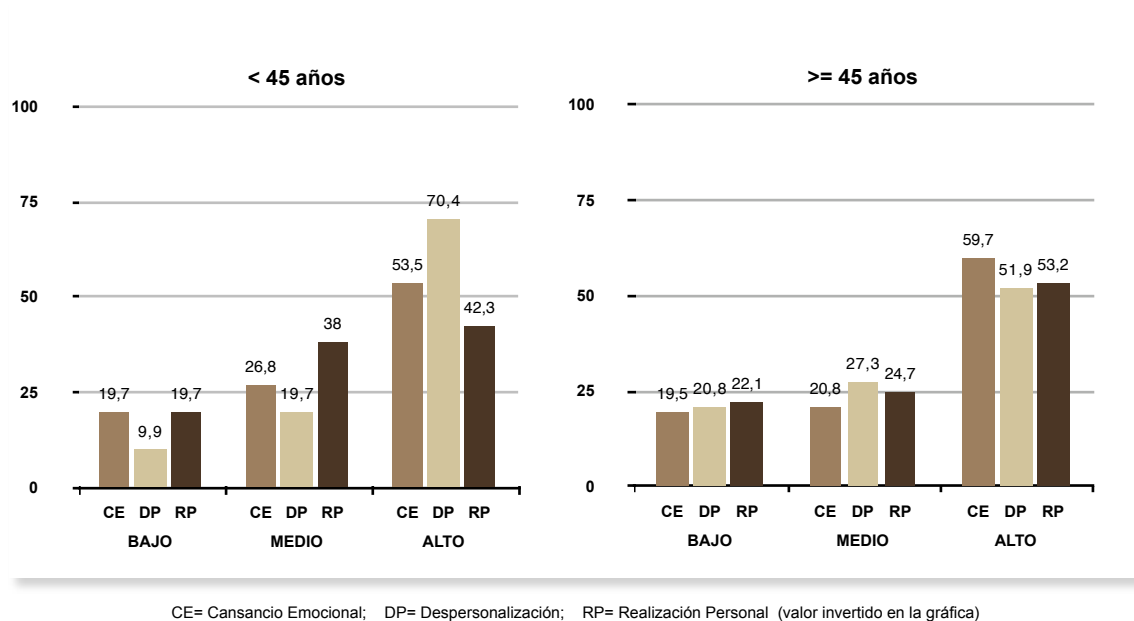


Figura 10.6. Distribución de la Edad en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

10.3.3. Estado civil.

Para analizar esta variable en relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout se ha recodificado la variable estado civil, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de pareja.

En el grupo denominado “Con pareja” se consideran a los 93 sujetos que pertenecen al estado civil de casados (64,6%), y en el grupo “Sin pareja” se ha agrupado a aquellos sujetos que contestan en el cuestionario que son: Solteros (N=38), separados-divorciados (N=10) o viudos (N=3), resultando un total de 51 sujetos (35,4%). Se ha descartado la opción de “otros” (N=3) por no disponer de la información necesaria. No obstante, no se establece una absoluta concordancia del estado civil con la situación real del sujeto, considerando tal limitación.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos respecto a tener o no pareja en la dimensión Cansancio Emocional ($t_{142}=-2,237$; $p=0,027$) presentándose más cansados emocionalmente aquellos sujetos que tienen pareja. En las otras dos dimensiones no se presentan diferencias significativas (Véase Tabla 10.10.).

Tabla 10.10. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Pareja-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Pareja-Descriptivos							
	Con pareja (N=93)				Sin pareja (N=51)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{142}=-2,237$; $p=0,027^*$	7	53	30,48	10,93	1	49	26,10	11,83
Despersonalización $t_{142}=0,090$; $p=0,928$	0	27	11,39	5,59	0	27	11,29	6,52
Realización Personal $t_{142}=0,136$; $p=0,892$	14	47	33,45	7,092	12	47	33,63	8,057

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Las medias que presentan, ambos grupos, en las dimensiones del Síndrome de Burnout indican que todos los sujetos muestran elevadas actitudes de Despersonalización y una baja Realización Personal en el trabajo. Sin embargo, en la dimensión de Cansancio Emocional los sujetos que no tienen pareja muestran niveles moderados ($M=26,10$; $DT=11,83$) frente a los niveles altos ($M=30,48$; $DT=10,93$) que presentan los profesionales sanitarios con pareja (Véase Figura 10.7.).

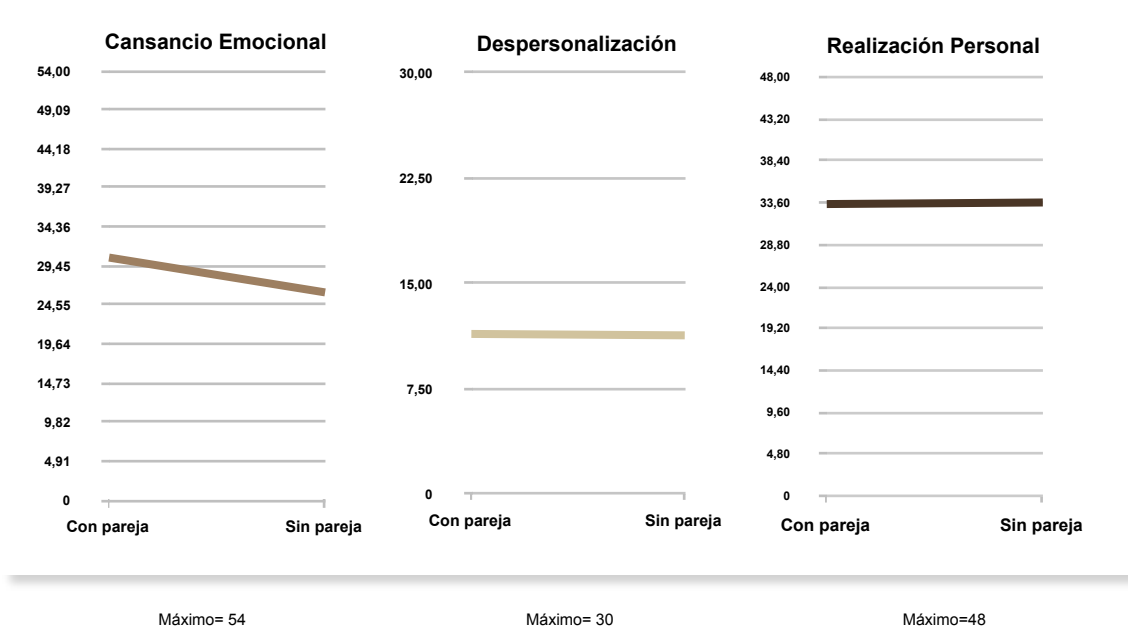
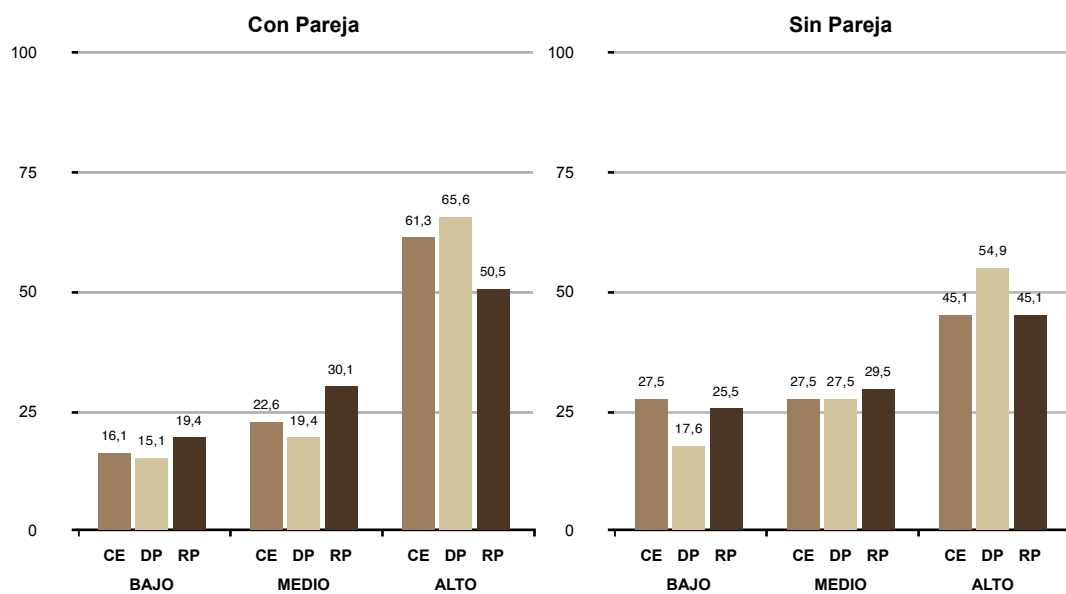


Figura 10.7. Pareja: Medias de las Dimensiones MBI.

Los sujetos que tienen pareja presentan mayores porcentajes en los niveles altos de Cansancio Emocional (61,3%), actitudes de Despersonalización (65,6%) y en los niveles bajos de Realización Personal en el trabajo (50,5%) que los sujetos que no la tienen (Véase Tabla 10.11. y Figura 10.8.).

Tabla 10.11. Frecuencias: Pareja-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Pareja-Frecuencias											
	Con pareja (N=93)						Sin pareja (N=51)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	15	16,1	21	22,6	57	61,3	14	27,5	14	27,5	23	45,1
Despersonalización	14	15,1	18	19,4	61	65,6	9	17,6	14	27,5	28	54,9
Realización Personal	47	50,5	28	30,1	18	19,4	23	45,1	15	29,5	13	25,5



CE= Cansancio Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal (valor invertido en la gráfica)

Figura 10.8. Distribución de Pareja (con/sin) en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

10.3.4. Número de hijos.

Este análisis subdivide la muestra en el criterio de tener o no hijos, sin analizar el aspecto cuantitativo del número de hijos, a fin de establecer dos grupos mas homogéneos. En este sentido, el grupo “Con hijos” está compuesto por 98 sujetos que tienen al menos un hijo (66,2%) frente al grupo “Sin hijos” formado por 50 profesionales que no tienen ninguno (33,8%). Los resultados señalan que no existen diferencias estadísticas significativas en ninguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout en función de esta dicotomía (Véase Tabla 10.12.).

Tabla 10.12. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Hijos-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Hijos-Descriptivos							
	Con hijos (N=98)				Sin hijos (N=50)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{146}=1,498$; $p=0,136$	1	52	30,10	10,57	7	53	27,16	12,63
Despersonalización $T_{146}=-0,814$; $p=0,417$	0	27	11,01	5,55	0	27	11,84	6,45
Realización Personal $t_{146}=0,071$; $p=0,944$	14	47	33,53	7,20	12	46	33,44	7,71

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Ambos grupos de sujetos, con o sin hijos, presentan medias elevadas en Cansancio Emocional y en Despersonalización; y bajas en Realización Personal, presentando por tanto el perfil prototipo del Síndrome de Burnout (Véase Figura 10.9.).

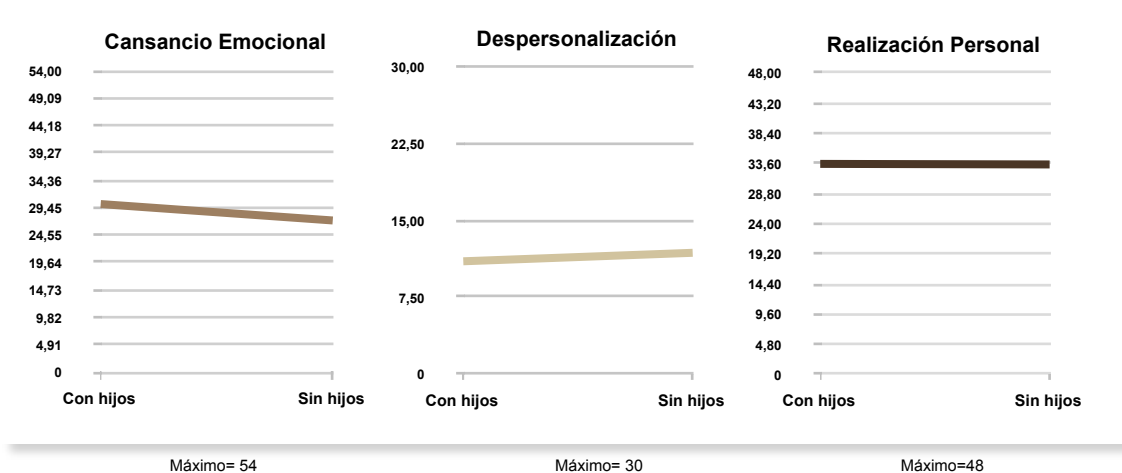


Figura 10.9. Hijos: Medias de las dimensiones del MBI.

Descriptivamente, en los niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización se registra un mayor porcentaje de sujetos en el grupo con hijos, al igual que en los niveles bajos de Realización Personal en el trabajo (Véase Tabla 10.13. y Figura 10.10.).

Tabla 10.13. Frecuencias: Hijos-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Hijos-Frecuencias											
	Con hijos (N=98)						Sin hijos (N=50)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	15	15,3	23	23,5	60	61,2	14	28	12	24	24	48
Despersonalización	15	15,3	23	23,5	60	61,2	8	16	12	24	30	60
Realización Personal	49	50	29	29,6	20	20,4	22	44	17	34	11	22

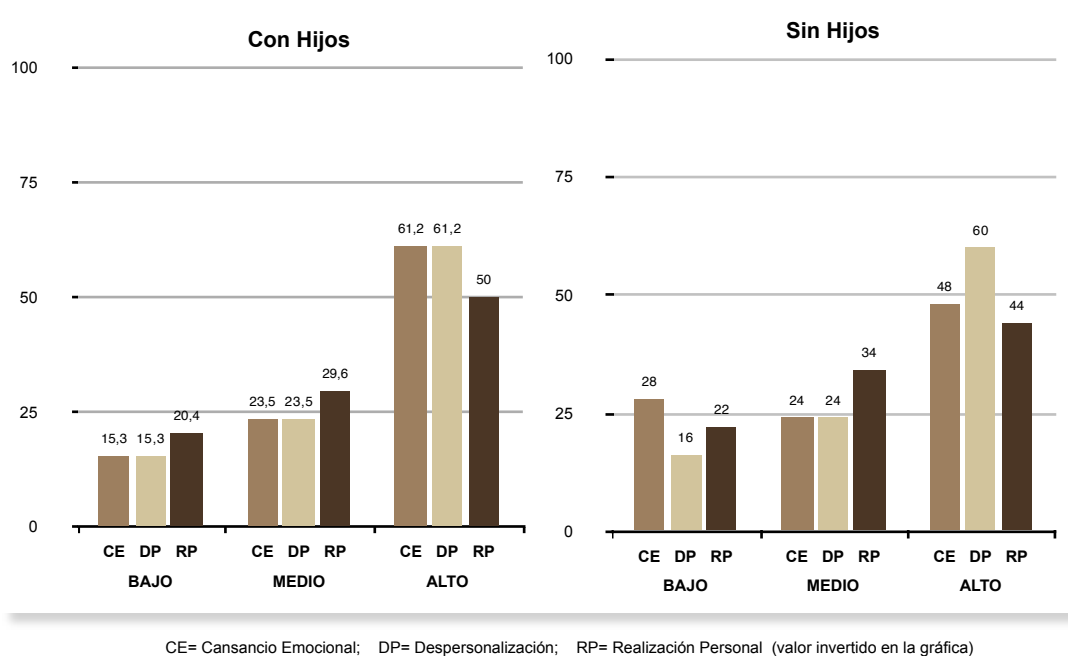


Figura 10.10. Distribución de Hijos (con/sin) en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

10.3.5. Años trabajados.

En el cuestionario, ante la pregunta de años trabajados en el INSALUD, en el Área 11 y ocupando la misma plaza, no se establecía ningún tipo de intervalo concreto de años de duración, sino que el sujeto indica en su respuesta un dato numérico. Por tanto, se ha establecido un punto de corte en los años trabajados siguiendo el criterio de homogeneizar el número de sujetos en cada grupo.

10.3.5.1. En el INSALUD.

En los años trabajados en el INSALUD se sitúa el mínimo en 2 años y el máximo en 37 años. La puntuación corte en el establecimiento de dos grupos, se ha establecido en 16 años por distribuirse la muestra de la siguiente manera: 2-15 años (N=70) y 16-37 años (N=76).

En el análisis de las tres dimensiones, se obtiene que la única diferencia significativa se encuentra en la dimensión Despersonalización ($t_{144}=2,522$; $p=0,013$) en el sentido de que los sujetos que llevan desarrollando un mayor tiempo su profesión, experimentan menos actitudes de Despersonalización (Véase Tabla 10.14.).

**Tabla 10.14. Resultados de la Prueba t y Descriptivos:
Años trabajados INSALUD-Dimensiones del MBI.**

Dimensiones MBI- Prueba t	Años INSALUD-Descriptivos							
	<16 años (N=70)				>= 16 años (N=76)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{144}= 0,384$; $p= 0,701$	7	50	29,34	11,76	1	53	28,62	11,03
Despersonalización $t_{144}= 2,522$; $p= 0,013^*$	0	27	12,43	6,45	1	21	10,04	4,95
Realización Personal $t_{144}= -0,302$; $p= 0,763$	12	47	33,30	7,56	15	47	33,67	7,30

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Los valores medios alcanzados en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout por ambos grupos corresponden a niveles altos en Cansancio Emocional y Despersonalización mientras que su nivel de Realización Personal en el trabajo es bajo (Véase Figura 10.11).

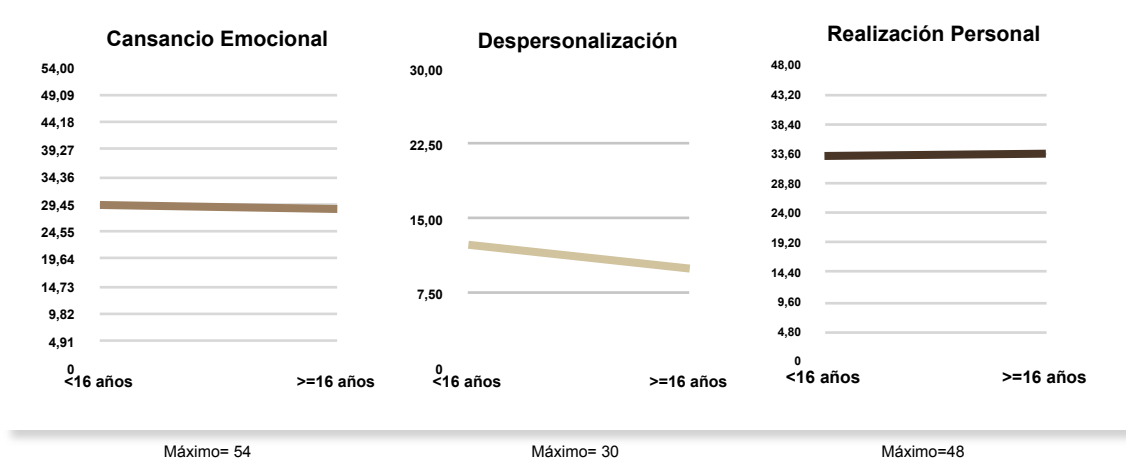


Figura 10.11. Años trabajados INSALUD: Medias de las dimensiones del MBI.

Destaca que el 70% de los sujetos con una duración inferior a 16 años trabajados en el INSALUD se sitúan en el nivel alto de la dimensión Despersonalización frente al 51,3% de los sujetos que se mantienen trabajando más de 16 años (Véase Tabla 10.15. y Figura 10.12).

Tabla 10.15. Frecuencias: Años trabajados INSALUD-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Años INSALUD-Frecuencias											
	<16 años (N=70)						>= 16 años (N=76)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	14	20	18	25,7	38	54,3	15	19,7	17	22,4	44	57,9
Despersonalización	9	12,9	12	17,1	49	70	14	18,4	23	30,3	39	51,3
Realización Personal	32	45,7	25	35,7	13	18,6	38	50	20	26,3	18	23,7

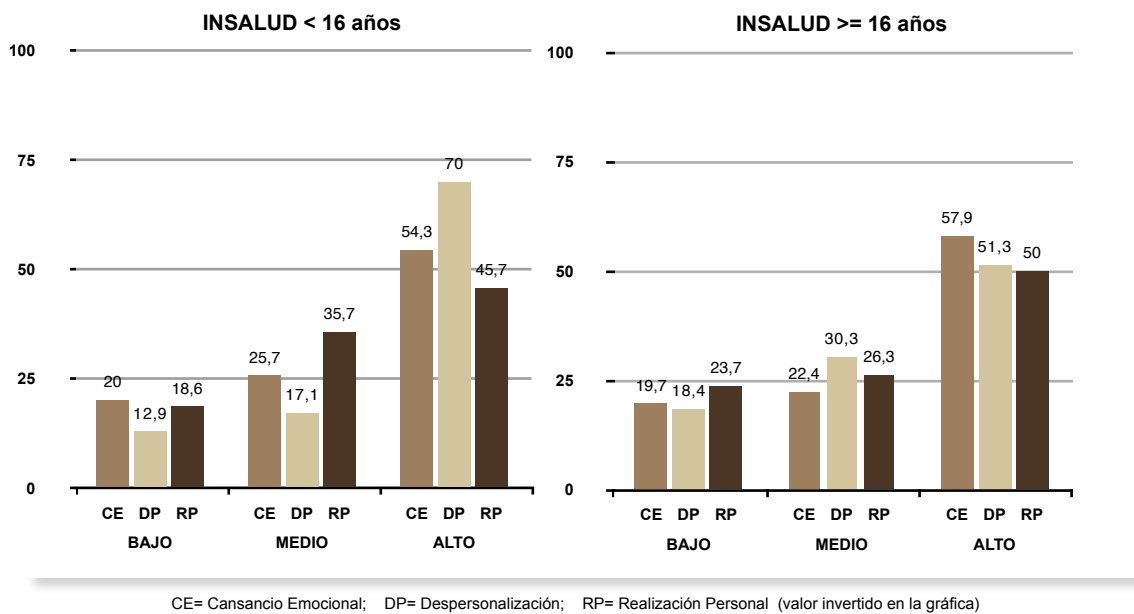


Figura 10.12. Distribución de años trabajados en el INSALUD en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

10.3.5.2. En el Área 11.

En relación a los años en el Área 11, el mínimo se sitúa en un año y el máximo en 30 años. El punto de corte se ha establecido en 12 años: 1-11 años (N=71) y 12-31 años (N=74), resultando dos grupos con un número de sujetos similar para establecer las comparaciones.

El único dato que prácticamente es significativo se encuentra en la dimensión Despersonalización, presentando mayores conductas de Despersonalización ($t_{143}=1,948$; $p=0,053$) los profesionales sanitarios que se encuentran desempeñando su profesión durante menos de 12 años en el Área 11 que los que superan dichos años de permanencia (Véase Tabla 10.16).

Tabla 10.16. Resultados de la Prueba t y Descriptivos: Años trabajados Área 11-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI- Prueba t	Años Área 11-Descriptivos							
	<12 años (N=71)				>= 12 años (N=74)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{143}= 0,624$; $p= 0,534$	7	50	29,54	11,70	1	53	28,35	11,14
Despersonalización $t_{143}= 1,948$; $p= 0,053$	0	27	12,21	6,11	0	27	10,32	5,54
Realización Personal $t_{143}= -0,173$; $p= 0,863$	12	47	33,41	7,70	15	47	33,62	7,15

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Ambos grupos alcanzan unos valores medios característicos del Síndrome de Burnout, es decir, una baja Realización Personal en el trabajo junto a niveles altos en Cansancio Emocional y Despersonalización (Véase Figura 10.13.).

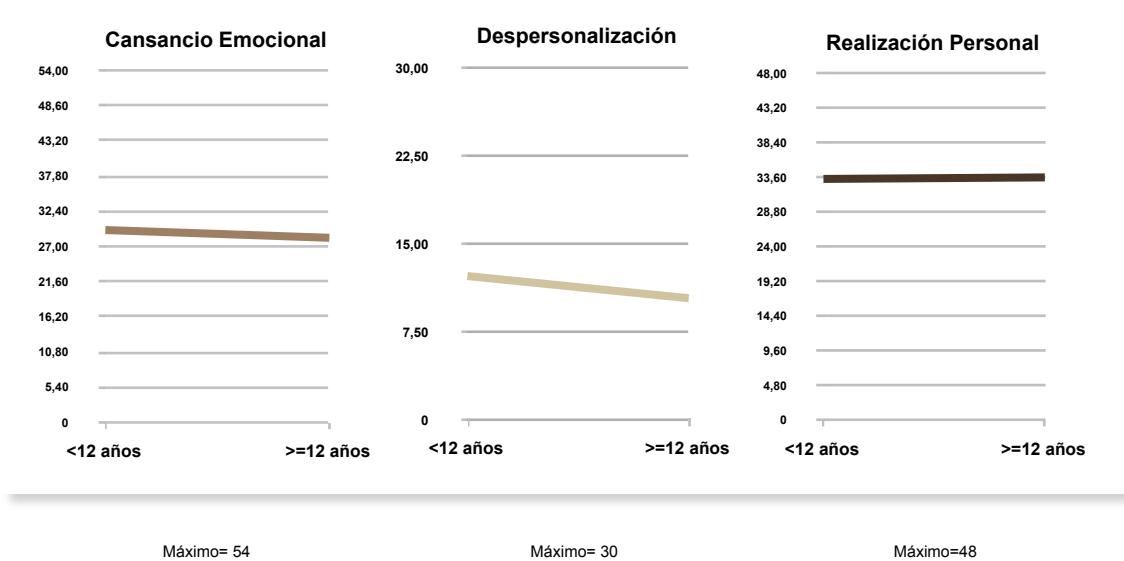


Figura 10.13. Años trabajados en el Área 11: Medias de las dimensiones del MBI.

El porcentaje superior se encuentra en el nivel alto de la dimensión Despersonalización. En concreto, un 66,2% (N=47) de los profesionales sanitarios con una permanencia inferior a 12 años trabajados en el Área 11, muestran actitudes despersonalizadas con las personas que atienden (Véase Tabla 10.17. y Figura 10.14.).

Tabla 10.17. Frecuencias: Años trabajados Área 11-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Años Área 11-Frecuencias											
	<12 años (N=71)						>= 12 años (N=74)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	14	19,7	17	23,9	40	56,3	15	20,3	18	24,3	41	55,4
Despersonalización	9	12,7	15	21,1	47	66,2	14	18,9	19	25,7	41	55,4
Realización Personal	33	46,5	22	31	16	22,5	36	48,6	23	31,1	15	20,3

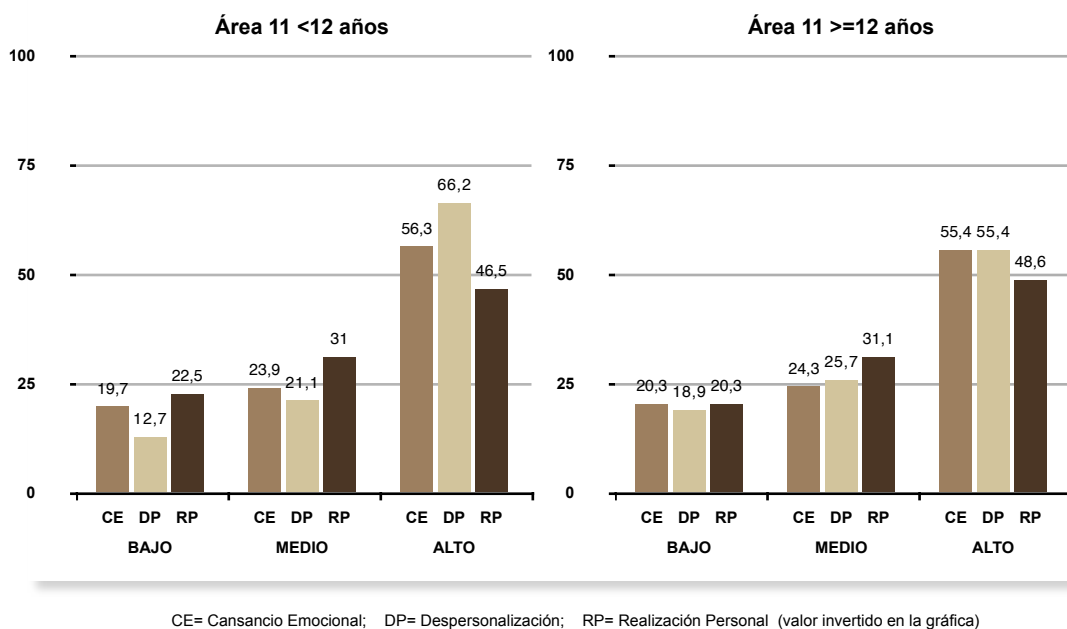


Figura 10.14. Distribución de años trabajados en el Área 11 en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

10.3.5.3. En la misma plaza.

En relación a los años ocupando la misma plaza, el mínimo se sitúa en un año y el máximo en 30 años. El punto de corte es 8, distribuyéndose los grupos en 1-7 años (N=76) y 8-30 años (N=72).

Los profesionales sanitarios que componen la muestra no presentan diferencias estadísticamente significativas en los valores medios alcanzados en ninguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout (Véase Tabla 10.18.). Ambos grupos, presentan el perfil característico del Síndrome de Burnout: altos niveles en Cansancio Emocional y Despersonalización con un baja Realización Personal en el trabajo (Véase Figura 10.15.).

**Tabla 10.18. Resultados de la Prueba t y Descriptivos:
Años trabajados Misma Plaza-Dimensiones MBI.**

Dimensiones MBI- Prueba t	Años misma plaza-Descriptivos							
	<8 años (N=76)				>= 8 años (N=72)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional $t_{146} = -0,567$ $p = 0,572$	7	50	28,59	11,21	1	53	29,65	11,55
Despersonalización $t_{146} = 1,434$ $p = 0,154$	0	27	11,96	6,10	0	24	10,58	5,54
Realización Personal $t_{146} = 0,402$ $p = 0,689$	12	47	33,74	7,61	15	47	33,25	7,10

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

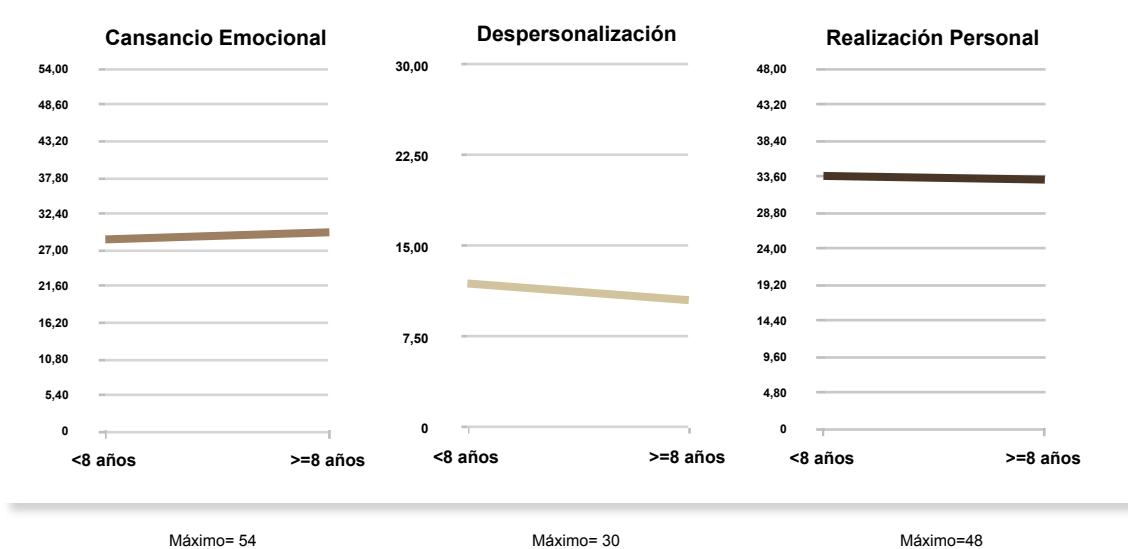
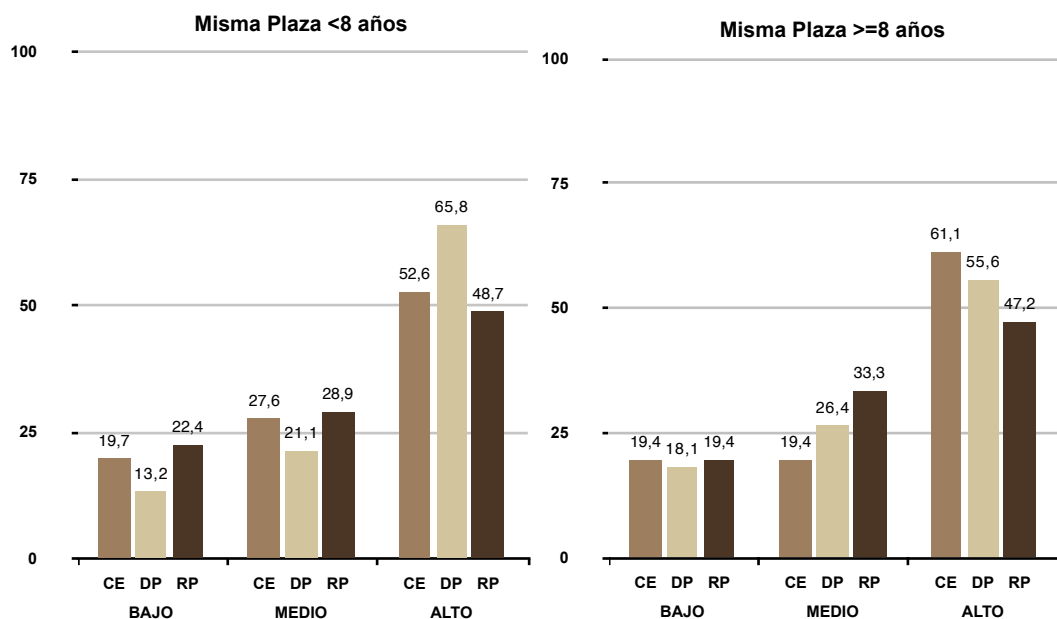


Figura 10.15. Años trabajados en la Misma Plaza: Medias de las dimensiones del MBI.

Los profesionales sanitarios que ocupan la misma plaza durante menos de 8 años registran el mayor porcentaje en el nivel alto de la dimensión Despersonalización (Véase Tabla 10.19. y Figura 10.16).

Tabla 10.19. Frecuencias: Años trabajados Misma Plaza-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Años misma plaza-Frecuencias											
	<8 años (N=76)						>= 8 años (N=72)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	15	19,7	21	27,6	40	52,6	14	19,4	14	19,4	44	61,1
Despersonalización	10	13,2	16	21,1	50	65,8	13	18,1	19	26,4	40	55,6
Realización Personal	37	48,7	22	28,9	17	22,4	34	47,2	24	33,3	14	19,4



CE= Cansancio Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal (valor invertido en la gráfica)

Figura 10.16. Distribución de años trabajados en la Misma Plaza en las dimensiones del MBI: Grados de intensidad.

10.3.6. Baja laboral

La diferencia de sujetos atendiendo al estado de baja laboral en los últimos 6 meses, no permite establecer un análisis estadístico de calidad (comparación de medias), puesto que la distribución resultante es: 12 sujetos han permanecido de baja frente a 136 sujetos que su respuesta es negativa, por lo que no se emite ninguna conclusión relevante sobre las posibles diferencias que pudieran existir entre los profesionales sanitarios, en función de esta variable, por falta de representatividad muestral. No obstante, se referencia el análisis descriptivo y de frecuencias por ser una variable de interés relacionada con el estado de salud de los profesionales sanitarios.

A un nivel descriptivo, los profesionales que han estado de baja presentan un mayor nivel de Cansancio Emocional ($M=33,08$; $DT=9,91$) que aquellos que no lo han estado, así como una Realización Personal en el trabajo media ($M=34,08$; $DT=6,67$) frente a niveles bajos de los segundos ($M=33,45$; $DT=7,43$). Los niveles de Despersonalización son altos para ambos grupos (Véase Tabla 10.20).

Tabla 10.20. Descriptivos: Baja laboral-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Baja Laboral-Descriptivos							
	Baja si (N=12)				Baja no (N=136)			
	Mn	Mx	M	DT	Mn	Mx	M	DT
Cansancio Emocional	11	45	33,08	9,91	1	53	28,76	11,43
Despersonalización	3	27	11,83	7,25	0	27	11,24	5,75
Realización Personal	20	45	34,08	6,67	12	47	33,45	7,43

De los doce sujetos que han estado de baja en los últimos 6 meses cuando se autoadministró el cuestionario, nueve de ellos (75%) presentan altos niveles de Cansancio Emocional, la mitad altos niveles de Despersonalización y cinco sujetos niveles bajos en Realización Personal en el trabajo. El grupo que no ha estado de baja

se distribuye también en el perfil del Síndrome de Burnout, aproximadamente la mitad de los sujetos (Véase Tabla 10.21).

Tabla 10.21. Frecuencias: Baja Laboral-Dimensiones MBI.

Dimensiones MBI	Baja Laboral-Frecuencias											
	Baja si (N=12)						Baja no (N=136)					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cansancio Emocional	1	8,3	2	16,7	9	75	28	20,6	33	24,3	75	55,1
Despersonalización	2	16,7	4	33,3	6	50	21	15,4	31	22,8	84	61,8
Realización Personal	5	41,7	5	41,7	2	16,7	66	48,5	41	30,1	29	21,3

10.4. Análisis Descriptivo y Correlacional de la Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica.

El estudio de la Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica, en este estudio, se basa en la aplicación y corrección del MCMI-II, administrado a todos los profesionales sanitarios que componen la muestra seleccionada (presentar niveles moderados o severos de Síndrome de Burnout).

Antes de exponer la descripción y relación de los Rasgos-Trastornos de Personalidad y Síndrome Clínicos de gravedad moderada y severa, se hace referencia a las Escalas de Validez y Estilos de Respuesta de este instrumento de medida.

En el MCMI-II se analizan cuatro escalas de validez con el objetivo de establecer dos aspectos (Véase Tabla 10.22.):

- *La validez o invalidez del protocolo:* Índice de validez y escala de sinceridad; y
- *El estilo de respuesta del sujeto:* Deseabilidad, alteración y sinceridad.

Tabla 10.22. Interpretación de los Índices de Validez y Estilos de Respuesta (MCMI-II).

VALIDEZ/INVALIDEZ		ESTILO DE RESPUESTA		
ÍNDICES	Puntuaciones Directas	ESCALAS	Puntuaciones TB	
			<35	>75
Índice de Validez (V)	0=Válido 1=Validez cuestionable >2=Inválido	Sinceridad (X)	Reserva	Apertura
Sinceridad (X)	PD<145 Inválido PD>590 Inválido	Deseabilidad (Y)		Favorable
		Alteración (Z)		Despreciarse

PD: Puntuación Directa.

TB: Puntuación Tasa Base.

El 90,8% (N=148) de los protocolos cumplimentados recibidos para este estudio (N=163) son considerados válidos, puesto que han obtenido una puntuación de 0 en el índice de validez (X) y una puntuación directa entre 145 y 590 en sinceridad (X). En relación a la sinceridad, las desviaciones en los estilos de respuesta indican que el 31,1% (N=46) de los sujetos muestran una actitud de reserva (puntuaciones TB inferiores a 35) cuando responden al cuestionario, frente a un 2% (N=3) de sujetos que presentan una inusual apertura (puntuaciones TB superiores a 75) en su forma de abordar sus respuestas. Un 39,2% (N=58) tiende a querer presentar una buena imagen de sí mismo, mientras que un 1,4% (N=2) inclina a devaluarse, tratando de mostrar una imagen más desfavorable (puntuaciones TB superiores a 75) (Véase Tabla 10.23).

Tabla 10.23. Frecuencias: Estilos de Respuesta del MCMI-II.

INDICES	Interpretación	N	%
Validez	Válidos	148	90,8
	Inválidos	15	9,2
ESCALAS	Estilos de respuesta	N	%
Sinceridad	Actitud de reserva	46	31,1
	Actitud de apertura	3	2,0
Deseabilidad	Buena imagen	58	39,2
Alteración	Mala imagen	2	1,4

10.4.1. Rasgos y Trastornos de Personalidad.**ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

Dentro de las Escalas Básicas de Personalidad (denominadas en este estudio como Rasgos) evaluadas por el MCMI-II, se diferencian diez tipos: Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo/sádica, Compulsiva, Pasivo/agresiva y Autodestructiva. En relación a los Trastornos de Personalidad, la clasificación es la siguiente: Esquizotípica, Límite y Paranoide. Los profesionales pueden alcanzar puntuaciones significativas o no en cada uno de ellos siendo el criterio de referencia la puntuación Tasa Base, concretamente, el punto de significación es una puntuación igual o superior a 75 (Véase Tabla 10.24.).

Tabla 10.24. Nivel de significación de los Rasgos y Trastornos de Personalidad (MCMI-II) (N=148).

PERSONALIDAD		Significación*			
		NO		SÍ	
		N	%	N	%
RASGOS	Esquizoide	116	78,9	32	21,1
	Fóbica	146	98,6	2	1,4
	Dependiente	111	75,0	37	25,0
	Histriónica	128	86,5	20	13,5
	Narcisista	123	83,1	25	16,9
	Antisocial	138	93,2	10	6,8
	Agresivo Sádica	131	88,5	17	11,5
	Compulsiva	42	28,4	106	71,6
	Pasivo Agresiva	145	98,0	3	2,0
	Autodestructiva	145	98,0	3	2,0
TRASTORNOS	Esquizotípica	142	95,9	6	4,1
	Límite	145	98,0	3	2,0
	Paranoide	129	87,2	19	12,8

* Significativo: puntuaciones TB igual o superior a 75.

En relación a los Rasgos de Personalidad, más de la mitad de los profesionales sanitarios de la muestra presentan Rasgos Compulsivos a un nivel significativo (71,6%), mientras que un 25% presentan Rasgos Dependientes y un 21,1% Rasgos Esquizoides. Los Rasgos que adquieren menor representatividad son el Fóbico, Pasivo-agresivo y Auodestructivo (Véase Figura 10.17).

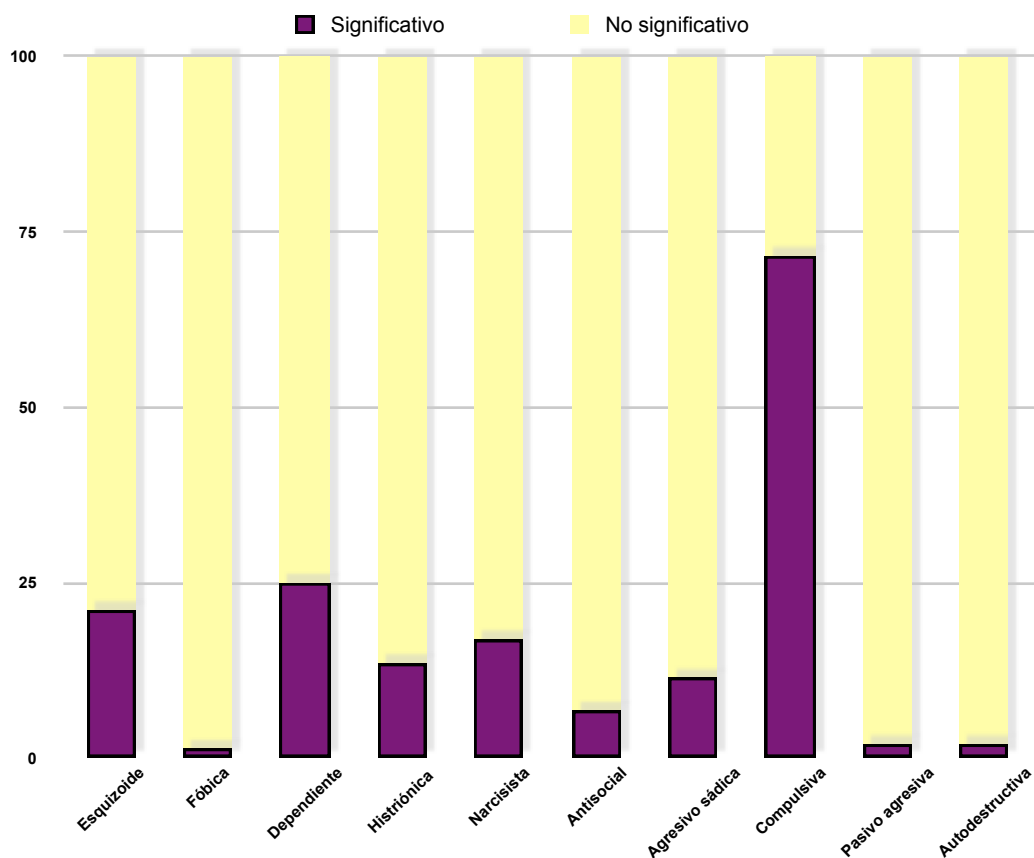


Figura 10.17. Distribución de la significación de los Rasgos de Personalidad (MCMI-II).

El Trastorno de Personalidad que mayor incidencia presenta es el Paranoide (12, 8%), mientras que los otros dos Trastornos adquieren significación únicamente en 6 sujetos (Trastorno de Personalidad Esquizotípica) y 3 sujetos (Trastorno de Personalidad Límite) (Véase Figura 10.18).

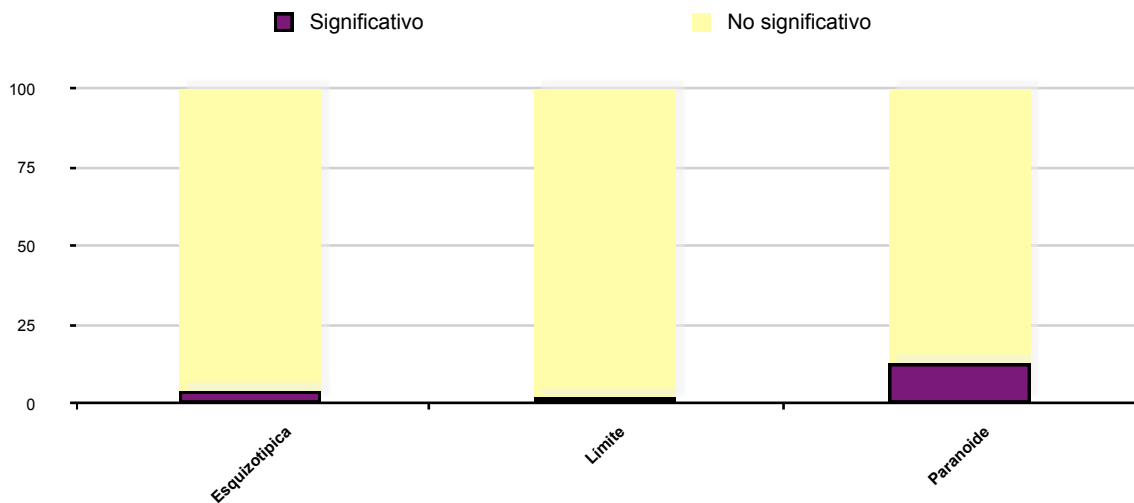


Figura 10.18. Distribución de la significación de los Trastornos de Personalidad (MCMI-II).

ANÁLISIS CORRELACIONAL

Rasgos de Personalidad

El **Rasgo Histriónico** es el que mayor correlaciones significativas mantiene con el resto de los rasgos, con un valor positivo y, por orden decreciente con: Narcisista ($r_{xy}=0,676$; $p<0,01$), Antisocial ($r_{xy}=0,492$; $p<0,01$), Agresivo-sádico ($r_{xy}=0,403$; $p<0,01$), Pasivo-agresiva ($r_{xy}=0,296$; $p<0,01$), Autodestructiva ($r_{xy}=0,231$; $p<0,01$) y Dependiente ($r_{xy}=0,215$; $p<0,01$) y con un valor negativo con: Esquizoide ($r_{xy}= -0,394$; $p<0,01$) y Compulsivo ($r_{xy}= -0,167$; $p<0,05$).

El **Rasgo Esquizoide** mantiene la correlación más fuerte con el Rasgo Fóbico ($r_{xy}=0,704$; $p<0,01$) en sentido positivo. Con el Rasgo Autodestructivo mantienen las correlaciones más significativas el **Rasgo Fóbico** ($r_{xy}=0,743$; $p<0,01$), **Rasgo Pasivo agresivo** ($r_{xy}=0,643$; $p<0,01$) y el **Rasgo Dependiente** ($r_{xy}=0,563$; $p<0,01$).

Con el rasgo que mayor correlación presenta el Rasgo que define una personalidad **Narcisista** es con el Rasgo Antisocial ($r_{xy}=0,734$; $p<0,01$). Este último, correlaciona

significativamente, por encima de los demás rasgos, con el Rasgo Agresivo-sádico ($r_{xy}=0,650$; $p<0,01$).

El **Rasgo Compulsivo** que es el más significativo a nivel muestral en este estudio, mantiene la correlación más fuerte a un nivel de significación de 0,01 con el Rasgo Esquizoide ($r_{xy}=0,309$), mientras que con los Rasgos Dependiente ($r_{xy}=0,196$), Histriónica ($r_{xy}= -0,167$), y Antisocial ($r_{xy}= -0,207$), lo hace a un nivel de significación superior, concretamente de 0.05 (Véase Tabla 10.25.).

Tabla 10.25. Análisis Correlacional entre los Rasgos de Personalidad (MCMI-II) (N=148).

RASGOS	Esquizoide	Fóbica	Dependiente	Histriónica	Narcisista	Antisocial	Agresivo Sádica	Compulsiva	Pasivo Agresiva	Auto destructiva
Esquizoide										
C. Pearson	1	,704**	,225**	-,394**	-,182*	-,041	,089	,309**	,337**	,438**
Sig. (bilateral)	,	,000	,006	,000	,027	,617	,282	,000	,000	,000
Fóbica										
C. Pearson	,704**	1	,418**	-,152	-,128	,030	,110	,111	,487**	,743**
Sig. (bilateral)	,000	,	,000	,065	,121	,718	,183	,178	,000	,000
Dependiente										
C. Pearson	,225**	,418**	1	,215**	-,053	-,186*	-,226**	,196*	,131	,563**
Sig. (bilateral)	,006	,000	,	,009	,524	,024	,006	,017	,111	,000
Histriónica										
C. Pearson	-,394**	-,152	,215**	1	,676**	,492**	,403**	-,167*	,296**	,231**
Sig. (bilateral)	,000	,065	,009	,	,000	,000	,000	,042	,000	,005
Narcisista										
C. Pearson	-,182*	-,128	-,053	,676**	1	,734**	,640**	,038	,362**	,043
Sig. (bilateral)	,027	,121	,524	,000	,	,000	,000	,650	,000	,606
Antisocial										
C. Pearson	-,041	,030	-,186*	,492**	,734**	1	,650**	-,207*	,491**	,090
Sig. (bilateral)	,617	,718	,024	,000	,000	,	,000	,012	,000	,276
Agresivo-sádica										
C. Pearson	,089	,110	-,226**	,403**	,640**	,650**	1	,138	,624**	,201*
Sig. (bilateral)	,282	,183	,006	,000	,000	,000	,	,096	,000	,015
Compulsiva										
C. Pearson	,309**	,111	,196*	-,167*	,038	-,207*	,138	1	-,016	,009
Sig. (bilateral)	,000	,178	,017	,042	,650	,012	,096	,	,851	,914
Pasivo-agresiva										
C. Pearson	,337**	,487**	,131	,296**	,362**	,491**	,624**	-,016	1	,643**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,111	,000	,000	,000	,000	,851	,	,000
Autodestructiva										
C. Pearson	,438**	,743**	,563**	,231**	,043	,090	,201*	,009	,643**	1
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,005	,606	,276	,015	,914	,000	,

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Trastornos de Personalidad

Los tres Trastornos de Personalidad mantienen relaciones significativas entre ellos ($p < 0,01$), con signo positivo e intensidad media, concretamente: La correlación más elevada se presenta entre el Trastorno de Personalidad Esquizotípica y el Trastorno de Personalidad Límite ($r_{xy} = 0,528$), mientras que con el Trastorno de Personalidad Paranoide la correlación es inferior ($r_{xy} = 0,478$). A su vez, este último Trastorno de Personalidad denominado Paranoide mantiene una correlación media con el Trastorno de Personalidad Límite ($r_{xy} = 0,499$) (Véase Tabla 10.26).

Tabla 10.26. Análisis Correlacional entre los Trastornos de Personalidad (MCMI-II) (N=148).

TRASTORNOS	Esquizotípica	Límite	Paranoide
Esquizotípica			
Correlación de Pearson	1	,528**	,478**
Sig. (bilateral)	,	,000	,000
Límite			
Correlación de Pearson	,528**	1	,499**
Sig. (bilateral)	,000	,	,000
Paranoide			
Correlación de Pearson	,478**	,499**	1
Sig. (bilateral)	,000	,000	,

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Trastornos y Rasgos de Personalidad

El **Trastorno de Personalidad Esquizotípica** presenta la mayor correlación significativa al nivel de 0,01 y signo positivo con el Rasgo Fóbico ($r_{xy} = 0,830$), seguido del Rasgo Esquizoide ($r_{xy} = 0,713$) y Autodestructivo ($r_{xy} = 0,611$). El resto de correlaciones se encuentran por debajo de 0.5, concretamente, con los rasgos Pasivo-agresivo, Dependiente y Compulsivo.

El **Trastorno de Personalidad Límite** mantiene correlaciones significativas positivas con todos los Rasgos de Personalidad a un nivel de 0,01, excepto con el Rasgo Compulsivo con el que no se establece ningún tipo de relación. Destaca por encima de

los demás, la correlación con el Rasgo Autodestructivo ($r_{xy}=0,813$) y Pasivo-agresivo ($r_{xy}=0,789$).

El **Trastorno de Personalidad Paranoide** se relaciona significativamente ($p<0.01$) de manera positiva con todos los Rasgos de Personalidad, a excepción del Rasgo Dependiente con el que la significación se establece a un nivel de 0.05. No obstante, las correlaciones que alcanzan un valor superior a 0.5 son las establecidas con los Rasgos Narcisista ($r_{xy}=0,629$), Agresivo-sádico ($r_{xy}=0,593$) y Antisocial ($r_{xy}=0,566$) (Véase Tabla 10.27.).

Tabla 10.27. Análisis Correlacional entre los Trastornos y Rasgos de Personalidad (MCMI-II) (N=148).

TRASTORNOS RASGOS	Esquizoide	Fóbica	Dependiente	Histriónica	Narcisista	Antisocial	Agresivo Sádica	Compulsiva	Pasivo Agresiva	Auto Destructiva
Esquizotípica										
C. Pearson	,713**	,830**	,396**	-,138	-,009	,097	,142	,246**	,469**	,611**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,095	,911	,240	,084	,003	,000	,000
Límite										
C. Pearson	,286**	,576**	,378**	,396**	,342**	,352**	,453**	,081	,789**	,813**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,327	,000	,000
Paranoide										
C. Pearson	,247**	,377**	,190*	,272**	,629**	,566**	,593**	,336**	,531**	,319**
Sig. (bilateral)	,002	,000	,021	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

10.4.2. Síndromes Clínicos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los Síndromes Clínicos que se han evaluado mediante el MCMI-II se diferencian en su gravedad, diferenciándose 6 Síndromes Clínicos de gravedad Moderada (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Neurosis Depresiva, Abuso de Drogas y de Alcohol) y 3 Síndromes Clínicos de gravedad Severa (Pensamiento Psicótico, Depresión Mayor y Trastorno Delirante). El punto de corte para establecer el nivel de significación queda marcado en puntuaciones Tasa Base iguales o superiores a 75 (Véase Tabla 10.28.).

Tabla 10.28. Nivel de significación de los Síndromes Clínicos de gravedad Moderada y Severa (MCMI-II) (N=148).

Síndromes Clínicos		Significativa			
		NO		Sí	
		N	%	N	%
MODERADOS	Ansiedad	137	92,6	11	7,4
	Histeriforme	136	91,9	12	8,1
	Hipomanía	133	89,9	15	10,1
	Neurosis Depresiva	140	94,6	8	5,4
	Abuso de Alcohol	142	95,9	6	4,1
	Abuso de Drogas	145	98,0	3	2,0
GRAVES	Pensamiento Psicótico	143	96,6	5	3,4
	Depresión Mayor	145	98,0	3	2,0
	Trastorno Delirante	135	91,2	13	8,8

* Significativo: puntuaciones TB igual o superior a 75.

De los Síndromes Clínicos de gravedad Moderada, la Hipomanía es el más significativo alcanzando un 10,1% (N=15) de los profesionales sanitarios de la muestra. Únicamente un 2% (N=3) de la muestra, presenta de manera significativa un Abuso de Drogas. En relación a los Síndromes de gravedad moderada, la muestra presenta un 8,8% (N=13) de Trastorno Delirante (Véase Figura 10.19).

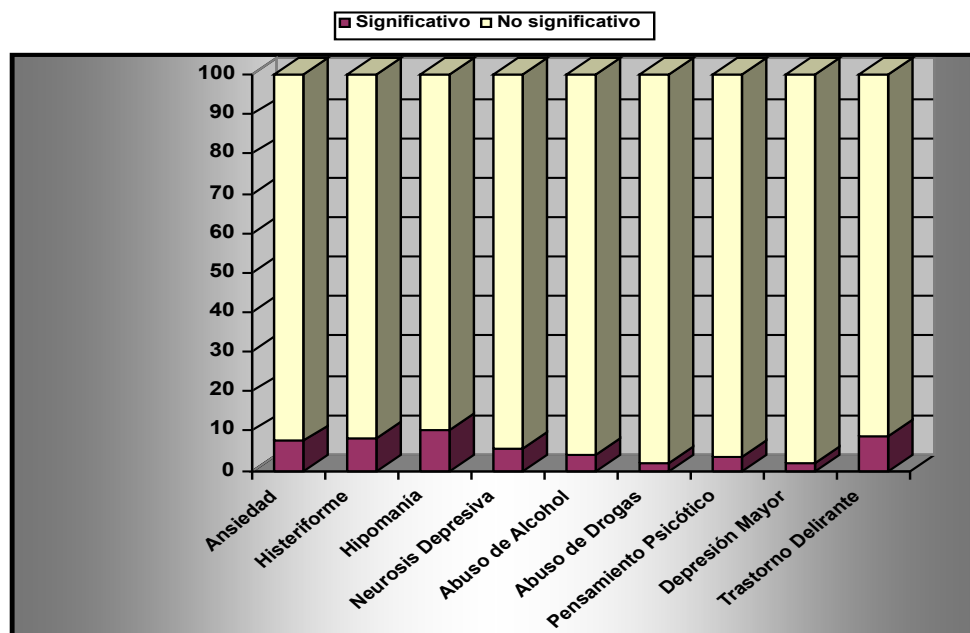


Figura 10.19. Distribución de los Síndromes Clínicos significativos (MCMI-II).

ANÁLISIS CORRELACIONAL

Del análisis correlacional de los Síndromes Clínicos evaluados mediante el MCMI-II se destaca lo siguiente:

Los dos Síndromes Clínicos de gravedad Moderada que presentan las correlaciones significativas ($p < 0.01$) más altas con el resto de síndromes son: **Ansiedad** e **Histeriforme**, siendo la relación entre ambos la más elevada ($r_{xy}=0,900$).

Tanto el Síndrome Clínico de Ansiedad como el Síndrome Clínico Histeriforme presentan la relación más fuerte con la **Neurosis Depresiva**, dentro de los Síndromes Clínicos de gravedad moderada.

A su vez, en relación a los Síndromes Clínicos de gravedad severa, ambos establecen la correlación más elevada con la **Depresión Mayor**. En este sentido, este último Síndrome, además de relacionarse con los Síndromes de Ansiedad ($r_{xy}=0,837$) e Histeriforme ($r_{xy}=0,824$) presenta una relación fuerte con la Neurosis Depresiva ($r_{xy}=0,882$).

El **Abuso de Drogas** muestra una relación significativa con el Síndrome Clínico de **Hipomanía** ($r_{xy}=0,703$) y la interrelación con el consumo de otras sustancias, en este caso, el **Abuso de Alcohol** ($r_{xy}=0,639$).

Por último, se destaca que entre los Síndrome Clínicos de gravedad severa, la relación más fuerte queda establecida entre el **Pensamiento Psicótico** y los **Delirios Psicóticos** ($r_{xy}=0,692$) (Véase Tabla 10.29.).

Tabla 10.29. Análisis Correlacional entre los Síndromes Clínicos (MCMI-II)(N=148).

SÍNDROMES	Ansiedad	Histeriforme	Hipomanía	N. Depresiva	A. Alcohol	A. Drogas	P. Psicótico	Depresión Mayor	Delirios Psicóticos
Ansiedad									
C. Pearson	1	,900**	,172*	,893**	,521**	,144	,532**	,837**	,276**
Sig. (bilateral)	,	,000	,036	,000	,000	,081	,000	,000	,001
Histeriforme									
C. Pearson	,900**	1	,296**	,819**	,500**	,187*	,549**	,824**	,300**
Sig. (bilateral)	,000	,	,000	,000	,000	,023	,000	,000	,000
Hipomanía									
C. Pearson	,172*	,296**	1	,146	,537**	,703**	,198*	,171*	,257**
Sig. (bilateral)	,036	,000	,	,076	,000	,000	,016	,037	,002
N. Depresiva									
C. Pearson	,893**	,819**	,146	1	,563**	,152	,537**	,882**	,290**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,076	,	,000	,065	,000	,000	,000
A. Alcohol									
C. Pearson	,521**	,500**	,537**	,563**	1	,639**	,607**	,595**	,445**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000
A. Drogas									
C. Pearson	,144	,187*	,703**	,152	,639**	1	,395**	,258**	,446**
Sig. (bilateral)	,081	,023	,000	,065	,000	,	,000	,002	,000
P. Psicótico									
C. Pearson	,532**	,549**	,198*	,537**	,607**	,395**	1	,596**	,692**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,016	,000	,000	,000	,	,000	,000
Depresión Mayor									
C. Pearson	,837**	,824**	,171*	,882**	,595**	,258**	,596**	1	,249**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,037	,000	,000	,002	,000	,	,002
Delirios Psicóticos									
C. Pearson	,276**	,300**	,257**	,290**	,445**	,446**	,692**	,249**	1
Sig. (bilateral)	,001	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,002	,

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

10.4.3. Relación entre Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica.

La relación significativa que adquiere el valor más elevado es la establecida entre el Trastorno de Personalidad **Paranoide** y el Síndrome Clínico de **Delirios Psicóticos** ($r_{xy}=0,875$).

Los dos tipos de abusos (Alcohol y Drogas) y el Pensamiento Psicótico son los tres Síndromes Clínicos que establecen una relación fuerte con diferentes Rasgos y Trastornos de Personalidad (Véase Tabla 10.30.). Concretamente se resalta lo siguiente:

- El **Abuso de Alcohol** mantiene una relación significativa con el **Trastorno Límite** ($r_{xy}=0,816$) y el **Rasgo Pasivo-agresivo** ($r_{xy}=0,719$).
- El **Abuso de Drogas** refleja, en este estudio, una correlación significativa con los **Rasgos Antisocial** ($r_{xy}=0,822$) y **Narcisista** ($r_{xy}=0,726$).
- El **Pensamiento Psicótico** se relaciona fuertemente con el **Trastorno de Personalidad Esquizotípica** ($r_{xy}=0,765$) y el **Rasgo Fóbico** ($r_{xy}=0,720$).

En relación a los Rasgos de Personalidad que establecen una correlación significativas más fuerte con los Síndromes Clínicos son el **Rasgo Histriónico** con el Síndrome Clínico **Hipomanía** ($r_{xy}=0,819$) y el **Rasgo Autodestructivo** con el Síndrome Clínico **Depresión Mayor** ($r_{xy}=0,755$).

Tabla 10.30. Análisis Correlacional entre Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica (MCMI-II) (N=148).

PERSONALIDAD COMORBILIDAD	Ansiedad	Histeriforme	Hipomanía	N. Depresiva	A. Alcohol	A. Drogas	P. Psicótico	Depresión Mayor	Delirios Psicóticos
Esquizoide C. Pearson Sig. (bilateral)	,475** ,000	,376** ,000	-,263** ,001	,472** ,000	,261** ,001	-,042 ,613	,520** ,000	,547** ,000	,227** ,006
Fóbica C. Pearson Sig. (bilateral)	,513** ,000	,475** ,000	-,027 ,747	,575** ,000	,510** ,000	,175** ,033	,720** ,000	,678** ,000	,365** ,000
Dependiente C. Pearson Sig. (bilateral)	,264** ,001	,357** ,000	,238** ,004	,200* ,015	,317** ,000	,106 ,201	,345** ,000	,208* ,011	,265** ,001
Histriónica C. Pearson Sig. (bilateral)	,014 ,862	,166* ,044	,819** ,000	,010 ,901	,388** ,000	,686** ,000	,054 ,513	,032 ,701	,187* ,023
Narcisista C. Pearson Sig. (bilateral)	-,024 ,776	,038 ,645	,626** ,000	-,026 ,757	,325** ,000	,726** ,000	,183* ,026	-,032 ,700	,492** ,000
Antisocial C. Pearson Sig. (bilateral)	-,059 ,479	-,055 ,508	,457** ,000	-,016 ,843	,362** ,000	,822** ,000	,249** ,002	,045 ,585	,392** ,000
Agresivo-sádica C. Pearson Sig. (bilateral)	,128 ,120	,118 ,153	,338** ,000	,141 ,087	,386** ,000	,677** ,000	,292** ,000	,225** ,006	,386** ,000
Compulsiva C. Pearson Sig. (bilateral)	,279** ,001	,234** ,004	-,148 ,072	,243** ,003	,005 ,948	-,154 ,062	,127 ,123	,068 ,408	,285** ,000
Pasivo-agresiva C. Pearson Sig. (bilateral)	,383** ,000	,367** ,000	,425** ,000	,363** ,000	,719** ,000	,693** ,000	,543** ,000	,544** ,000	,344** ,000
Autodestructiva C. Pearson Sig. (bilateral)	,605** ,000	,621** ,000	,345** ,000	,660** ,000	,687** ,000	,395** ,000	,600** ,000	,755** ,000	,308** ,000
Esquizotípica C. Pearson Sig. (bilateral)	,530** ,000	,449** ,000	,039 ,638	,545** ,000	,490** ,000	,219** ,007	,765** ,000	,554** ,000	,447** ,000
Limite C. Pearson Sig. (bilateral)	,519** ,000	,556** ,000	,537** ,000	,595** ,000	,816** ,000	,671** ,000	,591** ,000	,681** ,000	,393** ,000
Paranoide C. Pearson Sig. (bilateral)	,272** ,001	,278** ,001	,329** ,000	,289** ,000	,490** ,000	,592** ,000	,658** ,000	,263** ,001	,875** ,000

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

10.5. Síndrome de Burnout y Personalidad (Rasgos y Trastornos).

La dimensión Realización Personal en el trabajo, no establece relación estadísticamente significativa con ningún Rasgo ni Trastorno de Personalidad, obtenidos mediante el MCMI-II.

Entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Rasgos de Personalidad, con un nivel de significación al nivel de 0,01, el Cansancio Emocional establece las correlaciones positivas más elevadas, con los Rasgos Esquizoide ($r_{xy}=0,251$) y Autodestructivo ($r_{xy}=0,218$), mientras que las actitudes de Despersonalización se relacionan con los Rasgos Pasivo-agresivo ($r_{xy}=0,266$), Autodestructivo ($r_{xy}=0,219$) y Fóbico ($r_{xy}=0,217$) (Véase Tabla 10.31).

Tabla 10.31. Análisis Correlacional entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Rasgos de Personalidad (N=148).

Dimensiones MBI- Rasgos MCMI-II	Esquizoide	Fóbica	Dependiente	Histrionica	Narcisista	Antisocial	Agresivo Sádica	Compulsiva	Pasivo Agresiva	Auto destruccion
CE										
C. Pearson	,251**	,196*	,075	,007	,018	,063	,096	,204*	,208*	,218**
Sig. (bilateral)	,002	,017	,367	,928	,829	,449	,244	,013	,011	,008
DP										
C. Pearson	,184*	,217**	,034	,016	-,004	,143	,188*	-,027	,266**	,219**
Sig. (bilateral)	,025	,008	,685	,849	,964	,083	,022	,749	,001	,008
RP										
C. Pearson	,026	-,045	,145	,061	,091	-,004	-,034	,109	-,052	-,044
Sig. (bilateral)	,752	,590	,078	,464	,270	,960	,681	,186	,527	,599

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CE= Cansancio Emocional DP= Despersonalización RP= Realización Personal en el trabajo

Entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Trastornos de Personalidad, únicamente es el Trastorno de Personalidad Esquizotípica el que establece correlaciones significativas con dos de las dimensiones del Síndrome de Burnout. La relación más fuerte, se establece con las actitudes de Despersonalización ($r_{xy}=0,217$; $p<0,01$) seguido con el Cansancio Emocional ($r_{xy}= 0,197$; $p<0,05$) (Véase Tabla 10.32).

Tabla 10.32. Análisis Correlacional entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Trastornos de Personalidad (N=148).

Dimensiones MBI- Trastornos de Personalidad MCMI-II	Esquizotípica	Límite	Paranoide
Cansancio Emocional			
Correlación de Pearson	,197*	,124	,142
Sig. (bilateral)	,016	,132	,086
Despersonalización			
Correlación de Pearson	,217**	,124	,093
Sig. (bilateral)	,008	,133	,261
Realización Personal			
Correlación de Pearson	,067	,014	,110
Sig. (bilateral)	,420	,863	,182

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

10.6. Síndrome de Burnout y Comorbilidad Psiquiátrica (Síndromes Clínicos).

La dimensión Realización Personal en el trabajo no presenta relaciones estadísticas a un nivel significativo con ninguno de los Síndromes Clínicos estudiados.

Las correlaciones que establece la dimensión Cansancio Emocional son estadísticamente significativas a un nivel de 0,01, con los siguientes síndromes: Ansiedad ($r_{xy}=0,362$), Histeriforme ($r_{xy}=0,357$), Depresión Mayor ($r_{xy}=0,311$) y Neurosis Depresiva ($r_{xy}=0,294$).

Por último, las actitudes de Despersonalización sólo mantiene una relación significativa al nivel 0,01 con Depresión Mayor ($r_{xy}=0,213$) mientras que al nivel de 0,05 la establece con: Ansiedad, Abuso de Alcohol, Pensamiento Psicótico y Abuso de Drogas (Véase Tabla 10.33.).

Tabla 10.33. Análisis Correlacional entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Síndromes Clínicos (N=148).

Dimensiones MBI- Síndromes MCMI-II	Ansiedad	Histeriforme	Hipomanía	N. Depresiva	A. Alcohol	A. Drogas	P. Psicótico	Depresión Mayor	Delirios Psicóticos
CE									
Pearson	,362**	,357**	,091	,294**	,139	,069	,159	,311**	,115
Sig. (bilateral)	,000	,000	,270	,000	,092	,407	,054	,000	,163
DP									
Pearson	,196*	,118	,110	,114	,189*	,163*	,185*	,213**	,059
Sig. (bilateral)	,017	,154	,185	,169	,021	,048	,025	,009	,476
RP									
Pearson	,006	,024	,076	-,051	-,012	,029	,053	-,100	,121
Sig. (bilateral)	,943	,776	,360	,535	,885	,722	,523	,226	,142

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CE= Cansancio Emocional DP= Despersonalización RP= Realización Personal en el trabajo

“Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo”.

(Aristóteles)

Capítulo 11

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

11.1. Conclusiones y discusión: Objetivos generales y específicos en relación a las Dimensiones, Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Burnout.

Las conclusiones de este trabajo y su discusión giran alrededor de los tres ejes en los que se ha basado la Investigación, es decir, Dimensiones, Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Burnout.

En la exposición del presente Capítulo se toma como referencia los objetivos generales planteados en el Capítulo 6, los cuales se detallan, a modo de recordatorio:

- Describir las **Dimensiones** que configuran el Síndrome de Burnout (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo) y su distribución muestral, así como la relación entre ellas.
- Identificar los **Desencadenantes** relacionados con el Síndrome de Burnout: Describir el perfil laboral que presentan los profesionales sanitarios que padecen el Síndrome y analizar las Variables Laborales que se relacionan de manera significativa con cada una de las dimensiones que lo configuran, así como la percepción de su Calidad de Vida Profesional.
- Identificar los **Facilitadores** relacionados con el Síndrome de Burnout: Describir el perfil sociodemográfico de los profesionales sanitarios que padecen el Síndrome y analizar las Variables Personales que se relacionan de manera significativa con cada una de las dimensiones que lo configuran participantes, así como su estructura de Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica.

Una vez finalizada la discusión sobre los resultados obtenidos en la Investigación se contrastan las hipótesis de trabajo, a fin de confirmarlas o refutarlas, exponiendo las conclusiones finales en relación a las Dimensiones del Síndrome de Burnout, así como su relación existente con las Variables Laborales (Desencadenantes) y Personales (Facilitadores) estudiadas.

En relación a las **DIMENSIONES** del Síndrome de Burnout

- **Objetivo 1:** *Describir las tres dimensiones del Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo, mediante el análisis de los ítems del MBI y su distribución muestral.*

Análisis de los ítems del MBI

En el análisis de los 22 ítems del MBI, valorados mediante una escala Likert* con valores comprendidos entre 0 (“nunca”) y 6 (“todos los días”) se obtiene que las tres puntuaciones medias más altas corresponden a la dimensión Realización Personal en el trabajo (Véase Tabla 11.1.), mientras que los valores más bajos se concentran en la dimensión Despersonalización (Véase Tabla 11.2.).

Tabla 11.1. Ítems que presentan los promedios más altos en el MBI.

Ítems	M	DT
<i>Ítem 17: Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.</i>	5,05	1,03
<i>Ítem 4: Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.</i>	4,13	1,39
<i>Ítem 7: Trato muy eficazmente los problemas de las personas.</i>	4,64	1,39

Tabla 11.2. Ítems que presentan los promedios más bajos en el MBI.

Ítems	M	DT
<i>Ítem 15: No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunas personas a las que doy servicio.</i>	1,16	1,51
<i>Ítem 5: Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.</i>	1,78	1,76
<i>Ítem 22: Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.</i>	2,06	1,71

* 0=nunca; 1=pocas veces al año; 2=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes; 4=una vez a la semana; 5=pocas veces a la semana; 6=todos los días.

Estos resultados son muy similares a los obtenidos en otras investigaciones con profesionales distintos a los sanitarios como, por ejemplo, en orientadores de educación (Rubio, 2003) y en profesores universitarios (Guerrero, 1998). Por tanto, este dato resulta muy significativo si se tiene en cuenta la falta de acuerdo sobre las profesiones que son más vulnerables para desarrollar el Síndrome de Burnout, quedando patente que no sería exclusiva de las sanitarias.

No obstante, la discusión que se establece en el análisis de los ítems del MBI se centra en dos puntos relevantes: La formulación de las preguntas y la adecuación del instrumento empleado:

- En primer lugar, se plantea que la redacción de los ítems, en cierta medida, puede estar favoreciendo la puntuación que se le otorga a la pregunta, puesto que la presentación de los ítems que configuran la dimensión de Realización Personal en el trabajo, se dirige hacia la propia competencia del sujeto, mientras que los ítems que evalúan la dimensión de Despersonalización, atentan contra una mala praxis (de difícil reconocimiento), como profesional, dedicado al cuidado de los demás.
- En segundo lugar, se considera que el instrumento de medida no resulta eficaz, en todas las categorías profesionales, es decir, si se analizan todas las preguntas del cuestionario, en muchas de ellas, parece que es necesario que el profesional establezca un contacto directo con el paciente (“Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas”, “Trabajar directamente con personas me produce estrés” o “Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo”), así como una implicación emocional y/o personal (“En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma” o “Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas”).

Este segundo criterio, no se cumpliría en los Auxiliares Administrativos, puesto que sus funciones, no siempre, implican un contacto directo con el paciente (comunicación telefónica) y, en ningún caso, se trata de una labor personal sino administrativa (por ejemplo, citas para las consultas).

En este sentido, dichas diferencias, tanto en la manera como en el contenido del trabajo, de cada uno de los profesionales de la muestra, se hicieron palpables en la fase de cumplimentación de los cuestionarios, en la que los Auxiliares Administrativos, formularon un mayor número de preguntas, ante las dudas provocadas en determinados ítems, no sintiéndose identificados al no corresponderse con su realidad laboral.

Aunque, con posterioridad, se analiza de manera exhaustiva cómo afecta la Categoría profesional (dentro de la profesión sanitaria) en las dimensiones del Síndrome de Burnout, no es sorprendente que sean los Auxiliares Administrativos, los que mayores actitudes de Despersonalización muestren y menor Realización Personal en el trabajo, en comparación con el resto de profesiones sanitarias. Una posible explicación a tener en cuenta se basaría en que el “cara a cara” con el paciente es un factor importante en el tipo de contacto que se establece, pudiéndose ver mermada la capacidad de empatía cuando el trato es indirecto. A su vez, se entiende que la labor profesional a desarrollar con el paciente está relacionada con la gratificación personal en el desempeño laboral.

En conclusión, se considera en esta investigación que el MBI no sería adecuado en este tipo de categoría profesional, así como la necesidad de revisar la formulación de determinados ítems. No obstante, estas limitaciones encontradas respecto al MBI en relación al tipo de trabajo que se desempeña, fueron detectadas por sus autores,

proponiendo el MBI-GS para todo tipo de profesionales (y no exclusivo para los servicios humanos) (Maslach et al., 1996).

Concretamente, es la dimensión de Despersonalización la que sustituyen por la de cinismo, extendiendo así el Síndrome de Burnout a todo tipo de profesiones (y no sólo asistenciales), de forma que la frialdad en el trato al paciente se formula ahora como una actitud cínica acerca del alcance del valor del propio trabajo y críticas generalizadas a la organización o institución a la que se pertenece.

No obstante, se mantiene el MBI-HSS* para los profesionales que pertenecen al ámbito de la salud y, consecuentemente, los problemas anteriormente discutidos.

Distribución muestral de las dimensiones del Síndrome de Burnout

Las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del MBI, indican que los profesionales sanitarios del Área 11 de Madrid pertenecientes a la muestra, presentan el perfil característico del Síndrome de Burnout, es decir, altos niveles de Cansancio Emocional ($M=29,11$; $DT=11,35$) y Despersonalización ($M=11,29$; $DT=5,86$) junto a una baja Realización Personal en el trabajo ($M=33,50$; $DT=7,35$) (Véase Tabla 8.7.).

Se cotejan las puntuaciones medias de la muestra con las obtenidas en investigaciones nacionales e internacionales que han empleado el MBI con profesionales procedentes de instituciones sociales, sanitarias y docentes, destacando que la muestra de este estudio obtiene la puntuación más alta en la dimensión Cansancio Emocional (Véase Tabla 11.3).

* MBI-HSS: Esta versión es la que se corresponde con el cuestionario utilizado en esta investigación y que es referenciado como MBI.

Tabla 11.3. Comparación de puntuaciones medias en las dimensiones del MBI: Estudios nacionales y extranjeros.

Profesión	Estudio	Dimensiones MBI		
		CE	DP	RP
Asistenciales en general	- Maslach y Jackson (1981)**	22,19	7,12	36,5
	- Maslach y Jackson (1986)**	20,99	8,73	34,58
	- Leiter y Maslach (1988) **	21,6	7,5	41,3
	- Álvarez y Fernández (1991b)*	11,69	5,56	27,87
	- Fernández (1993)*	20,36	8,56	29,44
Educación	- Maslach y Jackson (1986)**	21,24	10,98	33,54
	- Oliver (1993)*	27,96	14,28	25,49
	- Manassero y cols. (1996)*	23,94	10,26	36,17
	- Guerrero (1998)*	14,70	5,21	30,39
Sanidad, Guardia Civil, Justicia y Militares	- Rocañín, Martínez, Cantizano, Rico, Martínez e Iglesias (1996)*	19,17	9,81	28,20
Organizaciones penitenciarias	- Hernández-Martín y Ramos (2002)*	24,58	11,90	21,41
	- Hernández-Martín (2006)*	24,67	12,60	21,24
Médicos	- Fernández (1992)*	11,70	5,58	27,87
	- García-Izquierdo y cols. (1994)*	17,4	6,7	33
	- Daniel (1995)*	21,61	7,33	35,28
Enfermería	- Pedrabissi y Santinello (1984)**	18,5	7,2	33,8
	- Dolan (1987)**	15,2	7,6	36,1
	- Firth y Britton (1989)**	18,3	5,9	35,9
	- Gil-Monte y Schaufeli (1991)*	20,3	6,1	31,17
	- Fernández (1993)*	13	5,06	30,97
	- Molina y cols. (2005)*	22,53	6,86	37,31
Atención Primaria	- De las Cuevas y cols. (1995)*	20,33	6,75	36,6
	- Molina y cols. (2003)*	25,1	8,2	35,2
	- Soto y Santamaría (2005)* (Enfermería)	19,94	7,63	27,41
	- Esteva y cols. (2005)* (Médicos)	27,4	10,07	35,9
Profesionales Sanitarios del Área 11 de Madrid		29,11	11,29	33,50

* Estudios Españoles.
** Estudios Extranjeros.

Los resultados que se han obtenido del análisis de la distribución muestral en los niveles extremos de cada una de las Dimensiones señalan que un 56,8% de la muestra presenta niveles altos de Cansancio Emocional, un 60,8% niveles altos de Despersonalización y un 48% niveles bajos en Realización Personal en el trabajo (Véase Tabla 8.8.). Estos datos se encuentran por encima de los porcentajes alcanzados en comparación con otros estudios españoles con profesionales sanitarios (Caballero y cols., 2001; Cebriá y cols., 2001; Molina y cols., 2005; Pera y Serra-Prat, 2002; Soto y Santamaria, 2005; Jorge y cols., 2005) (Véase Tabla 11.4.), pudiéndose deber dicho resultado a que la muestra estudiada se caracteriza por padecer el Síndrome.

Tabla 11.4. Comparación de porcentajes en las dimensiones del MBI.

Estudio	Descripción	Dimensiones MBI		
		Alto CE	Alta DP	Baja RP
- Caballero y cols. (2001)	Profesionales sanitarios de Atención Primaria (Área VI de la Comunidad de Madrid)	30,6%	31,2%	24% (alta)
- Cebriá y cols. (2001)	Médicos de familia	>40%		30%
- Molina y cols. (2005)	Personal de enfermería de contexto hospitalario	35,7%	29,6%	27% (alta)
- Pera y Serra-Prat (2002)	Personal sanitario de un hospital	13,9%	11,1%	6,6% (alta)
- Soto y Santamaria (2005)	Personal de enfermería de Atención Primaria	28,8%	32,2%	92,8% (alta)
- Jorge y cols. (2005)	Médicos de familia, pediatras, odontólogos y farmacéuticos	54,3%	56,2%	9,3% (alta)
Profesionales Sanitarios del Área 11 de Madrid		56,8%	60,8%	48%

El 28,4% (N=42) de los profesionales sanitarios de la muestra cumplen los tres criterios de selección del Síndrome de Burnout, revelando que están padeciendo todos los síntomas propios del Síndrome. Por tanto, se considera preocupante su situación, desde un punto de vista integral (personal y laboral), puesto que se encuentran cansados emocionalmente, ejerciendo actitudes despersonalizadas hacia sus pacientes y no sintiéndose realizados personalmente en su ejercicio laboral.

Este resultado, también está muy por encima de los obtenidos en otros estudios que pueden llegar a oscilar desde un 12,4% (N=53) de médicos de familia (Cebrià y cols., 2001), un 11,6% (N=23) de personal de enfermería de Atención Primaria (Soto y Santamaria, 2005) o un 6,09% (N=7) profesionales de enfermería en contexto hospitalario (Molina y cols., 2005) hasta no detectarse ningún caso en el que se cumpla niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, junto bajos niveles de Realización Personal en el trabajo, aunque un 27% presentó un grado alto en al menos una de las tres dimensiones en una muestra de 300 trabajadores de un hospital (Pera y Serra-Prat, 2002).

En la revisión bibliográfica, se repiten en diferentes trabajos, dos posibles explicaciones para entender los niveles tan elevados de profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout en Atención Primaria (Caballero y cols., 2001; De las Cuevas y cols., 1995). Por un lado, una de ellas, hace alusión al hecho de que las ambiciosas expectativas de asistencia integral que se trataron de desarrollar con la puesta en marcha de los centros de salud de Atención Primaria, se haya vuelto contra los profesionales al no poder o no saber ajustar su entusiasmo a la realidad asistencial actual, así como a la lentitud o posible falta de decisión de la administración sanitaria para la puesta en práctica de los planes diseñados. Y, por otro lado, se hace referencia a la falta de formación específica para la labor desarrollada, con una clara desconexión entre unos conocimientos teóricos excesivos y el escaso entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional (De las Cuevas, 1997).

En relación a este planteamiento y, aunque posteriormente, se define el perfil de las Variables Personales de la muestra, se considera importante rescatar dos datos de este estudio: Por un lado, la edad media de los profesionales sanitarios es de 44,03 años y, por otro lado, el tiempo de ejercicio de la profesión es de 16,99 años. Dichos datos pueden hacer pensar que la formación académica específica sobre Atención

Primaria que recibieron dichos profesionales (tal y como se entiende en la actualidad) estuvo más orientada a la curación que a la prevención y promoción, hecho que se debería tener en cuenta.

- **Objetivo 2:** *Establecer el tipo de relación que mantienen las dimensiones del Síndrome de Burnout entre sí, evaluadas mediante el MBI.*

Las correlaciones obtenidas entre las dimensiones del MBI se definen por ser positivas entre el Cansancio Emocional y actitudes de Despersonalización, mientras que la Realización Personal en el trabajo se relaciona de manera negativa con las dos primeras. Estos resultados son similares a los de otros trabajos (Cebrià y cols., 2001; Guerrero, 1998; Martín y cols., 1997; Molina, 2005; Rubio, 2003).

Concretamente, del análisis correlacional de las tres dimensiones del MBI, se observa que la relación más fuerte es la que mantienen el Cansancio Emocional y la Despersonalización con signo positivo ($r_{xy}=0,536$; $p<0,01$), aunque no de forma constante, ya que la correlación de las dos escalas es baja. La dimensión de Realización Personal establece una asociación inversa tanto con Cansancio Emocional ($r_{xy}= -0,224$; $p<0,01$) como con Despersonalización ($r_{xy}= -0,257$; $p<0,01$) pero debido al valor alcanzado, el aumento de la primera no se corresponde necesariamente con la disminución de las otras (o viceversa) (Véase Tabla 8.9.).

En conclusión, se afirma que el Síndrome de Burnout está configurado por tres dimensiones independientes entre sí: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo.

Puesto que los resultados obtenidos, señalan que las dimensiones son independientes entre sí, se formula la siguiente pregunta: *¿Es posible que aparezca exclusivamente una de las tres dimensiones con nivel alto, mientras las otras dos son bajas?* En la

muestra analizada la respuesta sería afirmativa para las dimensiones Cansancio Emocional y Realización Personal en el trabajo, aunque de manera anecdótica, no cumpliéndose este criterio para la dimensión de Despersonalización. Es decir, no se encuentra, ningún sujeto en la muestra, que presente únicamente niveles altos de actitudes de Despersonalización con niveles bajos de Cansancio Emocional y que se encuentre realizado personalmente en el trabajo.

A continuación, se establece la siguiente discusión, atendiendo a los planteamientos teóricos expuestos en el Capítulo 1, sobre el desarrollo evolutivo de las Dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, los cuales establecen sus diferencias en el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan las mismas (Gil-Monte y cols., 1995; Golembiewski et al., 1983; Lee y Ashforth, 1993a; Leiter, 1993; Leiter y Maslach, 1988). Para ello, se analiza de manera concreta, los resultados obtenidos en cada una de las Dimensiones con los planteamientos teóricos referenciados, a fin de discutir la independencia o secuencialidad entre las mismas:

En relación al **Cansancio Emocional**, en este estudio, aparece presente con un nivel alto, en tres sujetos de la muestra, de los cuales no muestran Despersonalización ni baja Realización Personal en el trabajo, es decir, los sujetos sólo se sienten cansados emocionalmente. Este resultado, no corrobora ni el planteamiento de Leiter (1988) que estableció que los sentimientos de Cansancio Emocional son el elemento central del Síndrome, generando Despersonalización y falta de Realización Personal en el trabajo, además de otras consecuencias (aumento del absentismo o falta de compromiso con el trabajo); ni tampoco la teoría de Lee y Ashforth (1993a) que consideran que la Despersonalización y la baja Realización Personal en el trabajo, son consecuencia directa de los sentimientos de Cansancio Emocional.

No obstante, en la reformulación que establece Leiter (1993), aunque mantiene la relación hipotética entre Cansancio Emocional y Despersonalización, señala que la

respuesta inicial del sujeto ante los estresores del entorno, son los sentimientos de Cansancio Emocional y, que según aumentan y se cronifican, se desarrollan actitudes de Despersonalización como una manera de abordarlos (Leiter y Maslach, 1988), surgiendo la baja Realización Personal de forma paralela a los sentimientos de Cansancio Emocional. En este sentido, se puede llegar a plantear la duda ante las posibles consecuencias del agravamiento o cronicidad del Cansancio Emocional en relación a la aparición de las actitudes despersonalizadas pero al no desarrollarse la baja Realización Personal en el trabajo a la par con el Cansancio Emocional, no se apoya esta teoría.

El hecho de que ningún sujeto de la muestra analizada desarrolle únicamente actitudes de **Despersonalización**, sin estar cansado emocionalmente y falto de Realización, sería congruente con el planteamiento de Gil-Monte y Peiró (1997) que consideran que la Despersonalización no es una estrategia de afrontamiento al estrés que se emplee inicialmente, sino que es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo, apareciendo como respuesta al estrés sentimientos de baja Realización Personal en el trabajo y Cansancio Emocional, es decir, las actitudes despersonalizadas surgen como nueva forma de afrontamiento ante estos sentimientos. Por tanto, se entiende que parece que es necesario estar cansado emocionalmente y frustrado profesionalmente, para que el sujeto tenga que desarrollar actitudes de Despersonalización, por lo que el resultado de este estudio apoya este planteamiento.

Sin embargo, se aleja diametralmente de las fases que establecieron Golembiewski et al. (1983) en las que se detallaba que el desarrollo de actitudes de Despersonalización son el síntoma inicial del desarrollo del Síndrome de Burnout, entendiéndolo como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés y explicando que la secuencia de los otros dos síntomas sería experimentar, baja Realización Personal en el trabajo y a más largo plazo Cansancio Emocional.

En relación a la dimensión de **Realización Personal en el trabajo**, dos sujetos no se encuentran realizados profesionalmente pero no desarrollan ni Cansancio Emocional ni Despersonalización. Ante este resultado, se analiza la teoría de Gil-Monte y cols. (1995), los cuales señalan que el Síndrome de Burnout se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de Cansancio Emocional, surgiendo las actitudes de Despersonalización como estrategia de afrontamiento ante esta experiencia crónica. Por tanto, según estos autores, es cuestión de tiempo que los dos sujetos de la muestra que solo experimenten falta de Realización Personal en el trabajo, desarrollen actitudes de Despersonalización, aunque se incide que, en estos dos casos, no se han desarrollado de manera paralela los sentimientos de Cansancio Emocional, por lo que no se apoyaría este planteamiento.

No obstante, y aunque la discusión sobre estos resultados se ha establecido en base a las perspectivas teóricas que defienden la aparición secuencial de las tres dimensiones, *¿Se tiene que asumir que indiscutiblemente un mismo individuo presentara de manera significativa las tres dimensiones?* A priori, sería un planteamiento erróneo con la propia concepción del Síndrome de Burnout, por dos razones: 1) Porque se le considera como una variable continua que se puede experimentar bajo, moderado o alto grado, y no como variable dicotómica que este presente o ausente (De las Cuevas y cols., 1995) y; 2) Porque es un constructo multidimensional, entendiendo que un sujeto lo presenta cuando obtiene puntuaciones altas en alguna de las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización (o en las dos) y/o bajas puntuaciones en la dimensión Realización Personal en el trabajo, no siendo necesario la aparición de los tres.

De hecho, respecto a la tridimensionalidad del Síndrome, es frecuente que en los estudios realizados, se señale el porcentaje de los sujetos que cumplen los criterios en

las tres dimensiones, llegándose a detallar cuando es solo una dimensión la significativa o la combinación de dos de las dimensiones. A modo de ejemplo, en el estudio llevado a cabo en los centros de salud de Atención Primaria del Área 8 de Madrid con médicos y pediatras, se especificaba que un 69,2% de los participantes presentaban niveles elevados en al menos una de las dimensiones, un 33,8% en dos dimensiones y un 12,3% en las tres simultáneamente (Molina y cols., 2003).

Por tanto, para poder dar una respuesta con fundamento al desarrollo de cada una de las dimensiones, sería necesario contar con los resultados de un mayor número de estudios longitudinales en los que se estableciera un seguimiento exhaustivo del proceso de las mismas, con el objetivo de conocer cómo progresa este fenómeno en el tiempo, aspecto que se considera vital en el desarrollo de programas de acción dirigidos a su prevención y a su tratamiento.

De manera general, los estudios realizados que han tenido en cuenta el factor temporal, han obtenido que el Síndrome de Burnout es relativamente estable y consistente en el tiempo (Capel, 1991; Corrigan, Holmes, Luchins, Buican, Basit y Parks, 1994; Wade et al., 1986) mientras que, en otros estudios, se observan cambios a lo largo del tiempo, encontrándose diferencias en las dimensiones afectadas, por ejemplo, incrementos significativos únicamente en la dimensión de Despersonalización (Gil-Monte, 2001), incrementos en los niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización (Nagy y Nagy, 1992) o empeoramiento en las tres dimensiones en un período de dieciocho meses (Savicki y Cooley, 1994).

Concretamente, en muestras de profesionales de medicina, existen algunos estudios que han analizado la evolución del Síndrome de Burnout mediante un seguimiento en el tiempo, aunque los resultados aportados no describen una evolución específica. Por un lado, se concluye que tanto los médicos que lo padecían como los indemnes del estudio original se mantenían, ignorando lo que sucedió en las puntuaciones medias

menos marcadas (Segura y cols., 2006) mientras que, por otro lado, se comprueba que los niveles de desgaste estudiados de los médicos de familia se habían incrementado globalmente tras cinco años y habían afectado a profesionales que anteriormente no lo sufrían (Cebrià, Palma, Sobrequés, Ger, Ferrer y Segura, 2008*).

No obstante, aunque este tipo de estudios son longitudinales, se destacan dos limitaciones, desde este estudio: 1) No haber tenido en cuenta todos los niveles de intensidad (bajo, medio y alto) analizando también las puntuaciones medias y; 2) Analizar los resultados con carácter grupal y no individual, es decir, estudiar casos personalizados de la evolución, si es que la hay, de cada una de las Dimensiones.

En relación a los **DESENCADENANTES** del Síndrome de Burnout.

Sobre las Variables del Puesto y Centro de trabajo

- **Objetivo 3:** *Describir el perfil laboral (Variables del Puesto y Centro de trabajo) de los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid que padecen Síndrome de Burnout y examinar si la categoría profesional, el modelo de trabajo, la situación laboral, el turno de trabajo, ejercer un cargo directivo, la presión asistencial, la ubicación del centro y el número de unidades en el centro, influyen de manera significativa en cada una de las dimensiones.*

A un nivel descriptivo, el 96,6% de los profesionales pertenecen a un Equipo de Atención Primaria, siendo las profesiones de médico de familia (43,2%) y enfermería (35,8%) en las que se concentra la mayor parte de la muestra. Más de la mitad de los profesionales, nunca habían desempeñado un cargo directivo (60,4%), con una situación laboral de interinidad (50,7%) y un turno de trabajo en horario de mañana

* Realizan un estudio descriptivo y longitudinal, a partir de una investigación realizada en el año 2000, con 528 médicos de familia, obteniendo dos muestras que sumaban un total de 100 médicos. La primera de éstas, aglutinaba individuos con puntuaciones altas de Síndrome de Burnout mientras que, la segunda estaba formada por médicos que estaban dos desviaciones estándar por debajo de la media, puntuando bajo en el Síndrome. El hallazgo principal fue comprobar que en personas ya afectadas la evolución tendía a una cierta estabilidad en puntuaciones altas y, aunque existía mejoría en los niveles de las tres dimensiones, continuaban presentando criterios de Síndrome de Burnout. Por el contrario, los profesionales del grupo de puntuaciones bajas habían aumentado significativamente sus niveles de Cansancio Emocional.

(54,1%). La presión asistencial media anual que alcanza un mayor porcentaje es la que oscila atender entre 26 y 35 personas al día (24,8%) (Véase Tabla 9.2.).

En relación a las características del centro de trabajo, el 90,5% de los profesionales sanitarios se encuentran en un ámbito urbano y más de la mitad de la muestra pertenecen a una única unidad (63,5%) (Véase Tabla 9.3.), mientras que el número medio de trabajadores en la unidad o centro es de 45,93 (DT=19,51) con un mínimo de 17 y un máximo de 89 trabajadores.

A nivel relacional, se concluye que de las Variables Laborales analizadas (excluyéndose el modelo de trabajo y la ubicación del centro de trabajo, debido a la diferencia de sujetos intergrupos), la categoría profesional y presión asistencial mantienen relación con las dimensiones Cansancio Emocional y Despersonalización, mientras que las variables que hacen referencia a la situación laboral, cargo directivo y número de unidades en cada centro se relacionan con la Realización Personal en el trabajo. El turno de trabajo no mantiene ningún tipo de relación con las dimensiones del Síndrome.

A continuación, se establece la línea de discusión entorno a las conclusiones emitidas, en cada una de las Variables Laborales, presentándolas en el mismo orden que en su exposición del Capítulo 9. A su vez, se ponen en relación con las Variables Laborales definidas teóricamente en el Capítulo 3 (Desencadenantes) que han sido evaluadas mediante los ítems que configuran el CVP-35 (Véase Tabla 3.3.). En este sentido, no se discute tanto la puntuación media alcanzada en cada uno de los ítems asociados (Véase Tabla 9.21.) sino el porcentaje de sujetos agrupados en las cuatro categorías del Cuestionario (nada, algo, bastante y mucho) por considerar que aporta mayor información.

Categoría profesional

Un aspecto que se observa como limitación, en cada uno de los estudios revisados, es la diversidad encontrada entre las profesiones sanitarias que se agrupan bajo la variable Categoría profesional, por lo que la comparativa que se establece se ajusta más a la sensibilidad de cada una de las Dimensiones del Síndrome de Burnout más que a las profesiones en sí, puesto que no existe una concordancia absoluta en la estratificación de las muestras.

En la presente Investigación, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización, en relación a la categoría profesional. Concretamente, en la dimensión Cansancio Emocional, son los médicos los que adquieren mayores niveles, siendo las diferencias estadísticamente significativas encontradas con los profesionales de enfermería, que muestran niveles medios. En la dimensión Despersonalización, las diferencias significativas se encuentran entre los auxiliares administrativos y los pediatras, en el sentido de que los primeros muestran mayores actitudes despersonalizadas (Véase Tabla 9.5.). Estos resultados son similares a otros estudios en los que destacan los médicos como los más cansados a nivel emocional (Bernaldo de Quirós-Aragón y Labrador-Encinas, 2007*; De las Cuevas y cols, 1995*) y los auxiliares administrativos como los profesionales que exhiben mayor conductas despersonalizadas (De las Cuevas y cols, 1995).

* Entre los profesionales de servicios de urgencias extrahospitalarias del Área 9 de la Comunidad de Madrid, también fueron los médicos los que mostraron un nivel mayor de Burnout, además de mostrar mayor Cansancio Emocional y Despersonalización, manifestaron mayor número de estresores laborales y un nivel ligeramente superior de estrés laboral.

* Con distintos profesiones de Atención Primaria, obtuvieron que los médicos generales alcanzaban una mayor puntuación en la dimensión Cansancio Emocional, seguidos a continuación de los pediatras y trabajadores sociales, mientras que los celadores fueron quienes refirieron estar menos cansados emocionalmente. Con respecto a la dimensión de Despersonalización, fueron los auxiliares administrativos quienes registraron una mayor puntuación, seguidos a continuación por los auxiliares de enfermería, mientras que las menores puntuaciones fueron obtenidas por los trabajadores sociales, seguidos de los pediatras. Por último, en Realización Personal en el trabajo, fueron los auxiliares administrativos y celadores los que mostraron una menor realización, siendo los más satisfechos los trabajadores sociales.

Descriptivamente, en este estudio, todos los profesionales alcanzan una media que les sitúa en niveles altos de Cansancio Emocional, a excepción de enfermería que registra niveles medios. Los profesionales que se presentan más cansados emocionalmente son los médicos, seguidos por los auxiliares administrativos y pediatría. En este sentido, es sorprendente el que sean los profesionales de enfermería los que menos cansados puntúen, resultado diametralmente opuesto con otras investigaciones que, incluso consideran esta profesión como la más vulnerable para padecer el Síndrome (Gil-Monte y Schaufeli, 1991; Fernández, 1992). La única profesión que presenta un grado medio en Despersonalización es pediatría, siendo los auxiliares administrativos los que muestran mayores actitudes despersonalizadas.

Por último, en Realización Personal en el trabajo los que menos realizados se sienten son los Auxiliares Administrativos y los Médicos, mientras que los profesionales de Enfermería y Pediatría presentan unos niveles medios en su Realización Personal en el trabajo. Este resultado no se encuentra en la línea de los estudios que destacan la falta de Realización Personal en profesionales de pediatría sobre los demás componentes del Síndrome de Burnout (Caballero y cols., 2001; López y col., 2005) teniendo en cuenta que el trabajo pediátrico presenta continuas interrupciones y reorganizaciones motivando falta de control sobre el contenido y la planificación del trabajo, entre otros (Gil-Monte y Marucco, 2008). En relación a la profesión de enfermería, se ha observado que la incapacidad de poder prestar una mayor atención debido a la sobrecarga laboral influye en su satisfacción laboral (Richardsen et al., 1992), por lo que al presentar los profesionales de este estudio un nivel medio en la Realización Personal en el trabajo, sería interesante investigar los niveles de presión asistencial en cada profesión estudiada con el objetivo de corroborar o descartar este planteamiento.

En relación al análisis de las dimensiones del Síndrome de Burnout, (concretamente de los ítems del MBI), se reflexionó tanto sobre la redacción de las preguntas como la

utilización del instrumento con diferentes profesionales. A este respecto, es interesante remarcar que son los auxiliares administrativos los que presentan mayores actitudes de Despersonalización (87,5%), junto a la falta de Realización Personal en el trabajo (62,5%) sobre el resto de profesionales (Véase Tabla 9.6.), estableciendo la relevancia que puede tener, sobre dichas Dimensiones, la relación “cara a cara” con el paciente y el uso de nuevas tecnologías empleado en el desarrollo de esta profesión (el cual no ha sido evaluado). Es decir, se ha establecido que un alto grado de componente tecnológico pueda afectar a las relaciones interpersonales y favorecer en gran medida las actitudes de Despersonalización (hacia clientes y compañeros) así como disminuir los sentimientos de Realización Personal en el trabajo cuando su uso implica unas elevadas exigencias cognitivas en relación al nivel de formación, lo que conlleva que el sujeto realice autoevaluaciones sobre sus aptitudes (Peiró, 1992).

Estos resultados corroborarían la propuesta que señalan que las fuentes de estrés y del Síndrome de Burnout dentro de las profesiones asistenciales pueden englobarse en dos grandes categorías: La relación y el contacto directo con los pacientes y los factores administrativos y organizacionales (Moreno-Jiménez y cols., 2000a; Moreno-Jiménez y cols., 2001).

Situación laboral

En este estudio, se reafirma el hecho de que los profesionales sanitarios con plaza en propiedad, padecen con mayor frecuencia, alguna de las dimensiones del Síndrome de Burnout. No obstante, existen otros estudios, en los que no se encuentra relación significativa con ninguna de las dimensiones del Síndrome de Burnout y la situación laboral del profesional (De las Cuevas y cols., 1995).

En este caso, es en la Realización Personal en el trabajo, donde se obtienen diferencias estadísticamente significativas, en el sentido de que los sujetos que tienen

su plaza en propiedad se sienten menos realizados personalmente en el trabajo que los profesionales interinos, alcanzando estos últimos un valor medio (véase Tabla 9.8). Una posible explicación se podría orientar a la falta de expectativas de mejora profesional en su carrera laboral, una vez adquirida la plaza en propiedad, corroborada en otros estudios (Molina y cols., 2003; Prieto, 2001; Prieto y cols., 2002).

En relación a las otras dos dimensiones, aunque ambos grupos de la muestra, alcanzan valores medios que les sitúan en niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, son los profesionales propietarios de su plaza los que se muestran más cansados emocionalmente y con mayores actitudes despersonalizadas, (diferencias no significativas). Este resultado se puede asociar a que los trabajadores que tienen un contrato eventual muestran una mayor capacidad de “desconectar” de su trabajo* (Molina y cols., 2005; Soto y Santamaría, 2005), lo cual puede influir en los niveles de Cansancio Emocional. No obstante, se señala que este tipo de profesionales temporales también presentan actitudes despersonalizadas superiores (Artiga, 2000; Manzano y Ramos, 1999b), resultado que no se cumple en este estudio.

Turno de trabajo

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas, en ninguna de las dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, en relación a desempeñar el turno de trabajo (mañana o tarde). Descriptivamente, los sujetos del turno de mañana, alcanzan una media superior en Cansancio Emocional que los del turno de tarde así como una menor Realización Personal en el trabajo, mientras que las actitudes de Despersonalización son elevadas, en todos los profesionales, con puntuaciones medias similares en ambos grupos (Véase Tabla 9.10.).

* En el CVP-35 el ítem 15 evalúa la Capacidad de Desconectar de los sujetos de su trabajo (“*Desconecto al acabar la jornada laboral*”) obteniendo una puntuación media de 6,39 (DT=2,35) sobre una escala Likert de 0 (“nada”) a 10 (“mucho”). No obstante, no se procede a analizar las diferencias que pueden existir en las dimensiones de este cuestionario asociadas a las Variables Laborales.

En el presente estudio, no se ha tenido en cuenta, como valores de esta variable, un trabajo por turnos o nocturno, los cuales se pueden considerar como una fuente importante de estrés (Blasco y cols., 1996; Gracia y cols., 1996) e, incluso, de aislamiento social por la dificultad de compaginar los horarios laborales con la vida familiar o social (Daleva, 1988).

Cargo directivo

El hecho de que los profesionales hayan ejercido un cargo directivo en el desarrollo de su trayectoria profesional mantiene una relación significativa con la dimensión Realización Personal en el trabajo, en el sentido de que los directivos se presentan más realizados profesionalmente que los sujetos que no han desempeñado nunca funciones directivas. En las otras dos dimensiones, no se establece ninguna relación significativa (Véase Tabla 9.12.).

Las explicaciones que se podrían aportar, ante este resultado, son diversas, si se tiene en cuenta las relaciones que puede llegar a mantener ejercer un cargo directivo con otras Variables Laborales:

- *Oportunidad para desarrollar las habilidades adquiridas en el puesto de trabajo.*

Se encuentra relacionada con el nivel ocupacional, es decir, a mayor nivel ocupacional las oportunidades para el uso de las habilidades aumentan en el desempeño laboral (Peiró, 2005), manteniendo una relación positiva dicha variable con la satisfacción laboral (Dijkhuizen, 1980).

En relación a esta variable, se pueden equiparar tres ítems del CVP-35 para evaluar la percepción de oportunidad que tienen los sujetos para emplear las habilidades

adquiridas, presentados por orden decreciente en función de la puntuación media obtenida (Véase Tabla 9.21) y que reflejan que aproximadamente la mitad de la muestra considera que es “bastante” posible expresar lo que piensan y necesitan (51,4%), así como que sus propuestas sean escuchadas y aplicadas (45,9%), mientras que solo se puede ser “algo” creativo (48,6%) (Véase Figura 11.1.).

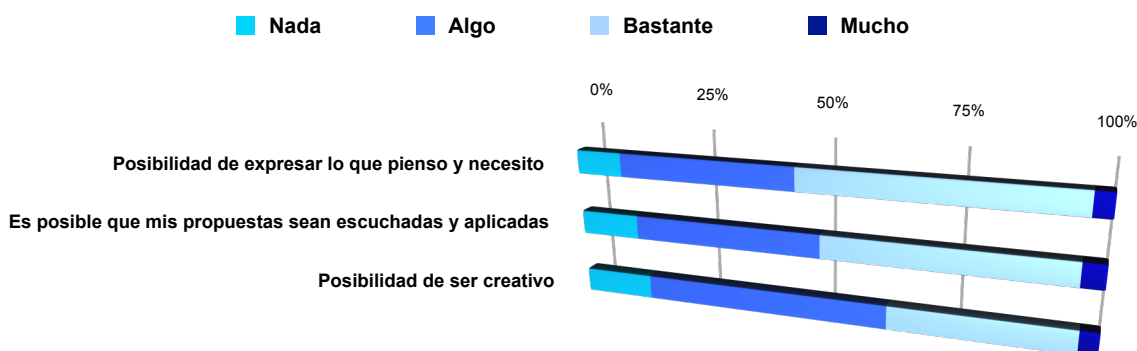


Figura 11.1. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con la oportunidad para desarrollar las habilidades en el puesto de trabajo.

- Planificación o desarrollo de la carrera profesional.

Si se tiene en cuenta que los ascensos que suponen un sobreesfuerzo físico/o mental o aquellos que se consideren insuficientes o inexistentes propician la aparición de sentimientos de insatisfacción (Acámer y cols., 1997; Fernández y cols., 1995), aquellos profesionales que llegan a desempeñar cargos directivos se pueden llegar a sentir más realizados. En este sentido, se entiende que la valoración que hace el sujeto sobre su propia capacitación y la necesaria para desempeñar su trabajo se encuentra asociada al desarrollo que puede proyectar en su carrera profesional, independientemente de que su empresa facilite o no su promoción.

Los ítems del CVP-35 relacionados con esta variable indican que los profesionales sanitarios sienten que su capacitación es superior a la necesaria para hacer su trabajo, distando mucho de la posibilidad de promoción promovida por la empresa. No

obstante, a nivel porcentual, tanto la capacitación personal como la necesaria son valoradas como “bastante” por más de la mitad de la muestra, mientras que un 34,5% (N=51) no percibe ninguna posibilidad de promoción y un 46,6 % (N=69) puntúa “algo” (Véase Figura 11.2.).

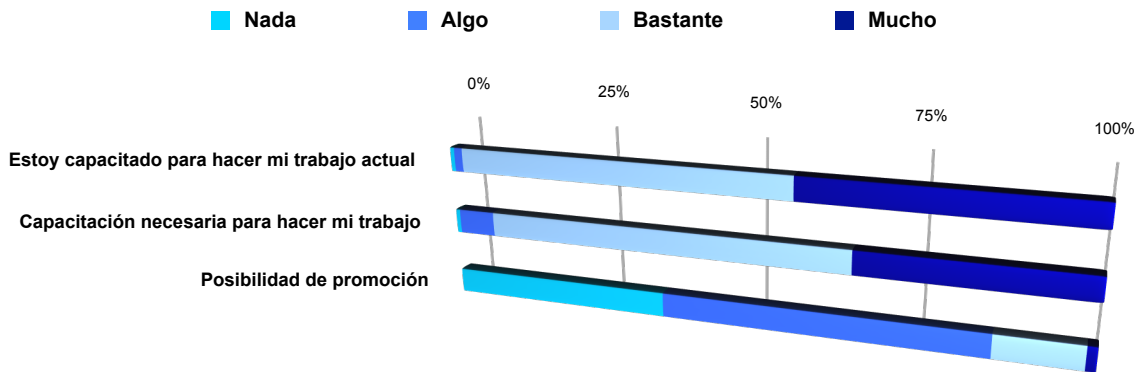


Figura 11.2. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con la planificación o desarrollo profesional.

- Retroinformación (“feedback”) recibida sobre su desempeño.

Si se presupone que ejercer funciones directivas permite acceder con una mayor facilidad a una información clara y directa sobre la eficacia de su desempeño (“feedback”) entonces la satisfacción laboral de estos profesionales también será superior (Peiró, 2005).

En el CVP-35 aparece un ítem concreto que hace referencia a esta variable, percibiendo la mitad de la muestra que recibe “algo” de retroinformación sobre su desempeño, mientras que un 36,5% (N=54) lo considera “bastante”. No obstante, un 12,2% (N=18) sienten que no reciben ningún tipo de feedback, mientras que tan solo un 1,4% (N=2) lo perciben como “mucho”.

- Toma de decisiones.

Cuando se asciende en la jerarquía profesional se establece un aumento en la capacidad de tomar decisiones, decreciendo el Síndrome de Burnout (Burke y Greenglass, 1989) mientras que la falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones correlaciona positivamente con el Síndrome (Gil-Monte y Peiró, 1997). En cierto grado, se puede entender que tomar decisiones implica autonomía en el puesto de trabajo, destacando que los resultados apuntan que los niveles más altos del Síndrome corresponden a los profesionales carentes de autonomía (Hiscott y Connop, 1990), es decir, a menor autonomía percibida por el trabajador mayores niveles de Síndrome de Burnout (Lee y Ashforth, 1993b).

En relación a la toma de decisiones, se pueden asociar dos de los ítems del CVP-35 que ya se han analizado en la variable de Oportunidad para desarrollar las habilidades adquiridas y que hacen referencia a la posibilidad que tiene el profesional para expresar y aplicar sus propuestas (Véase Figura 11.1.), por lo que no se vuelve a repetir su análisis. Sin embargo, se incorporan los resultados obtenidos en el ítem del CVP-35 que se vincula con la autonomía o libertad de decisión del trabajador (“Tengo autonomía o libertad de decisión”), reflejando que el mayor porcentaje lo percibe como “bastante” (45,3%). La distribución en el resto de valores es: 34,5% (N=51) “algo”, 10,8% (N=16) “nada” y 9,5% (N=14) “mucho”.

- Locus de control.

Los profesionales con un locus de control externo son más propensos a padecer el Síndrome que aquellos profesionales que tienen un locus de control interno (Glogow, 1986; McIntyre, 1984; Revicki y May, 1983). Ante esto, resulta interesante relacionar el ejercer un cargo directivo (considerada como un Desencadenante) con el Locus de

control (considerada como un Facilitador) para establecer cómo puede llegar a incidir la creencia de control que tiene el sujeto sobre la situación en la modulación del Síndrome de Burnout, presuponiéndose que ejercer un cargo directivo favorece la sensación de control.

En congruencia con los resultados que se han obtenido en este estudio, en relación a la dimensión Realización Personal en el trabajo, destaca la relación encontrada entre el locus de control y la Realización Personal en el trabajo (evaluado mediante el MBI), concluyendo que los sujetos con locus de control externo experimentan con mayor frecuencia bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo que los sujetos con un locus de control interno (Capel, 1987; Fuqua y Couture, 1986; Wilson y Chiwakata, 1989). Este resultado refuerza el planteamiento que asocia el desempeño de funciones directivas con la percepción que tiene el profesional de control sobre la situación.

Presión asistencial

De los cinco grupos en los que los profesionales sanitarios de la muestra se clasifican (pacientes/día), la mayoría de los sujetos presentan niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, y bajos en Realización Personal en el trabajo. Este dato era previsible, si se entiende la presión asistencial de cada profesional como sobrecarga laboral (en este punto se mide la cuantitativa), considerándose que las puntuaciones obtenidas de Síndrome de Burnout, serán siempre elevadas, en los contextos laborales que se caractericen por sobrecarga de trabajo (Burke y Richardsen, 1996) e incluso se apoya la idea de que el Síndrome de Burnout es una respuesta a la sobrecarga laboral (Maslach et al., 2001). No obstante, en otros estudios, no se obtiene ningún tipo de relación significativa entre la presión asistencial y el Síndrome de Burnout (Soto y Santamaria, 2005).

Las puntuaciones medias que alcanzan los profesionales sanitarios en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización, van aumentando progresivamente según atienden a un mayor número de personas al día, con independencia de la profesión (Véase Tabla 9.14.). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas, en ambas dimensiones, respecto a la presión asistencial, siendo congruente con la línea de estudios que consideran que la sobrecarga laboral percibida es un Desencadenante importante del Síndrome de Burnout, especialmente en un incremento de los niveles de Cansancio Emocional, independientemente del área ocupacional (Dick y Wagner, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997, 1999; Janssen et al., 1999; Lackritz, 2004; Leiter, 1991).

En relación a la dimensión Despersonalización, las diferencias estadísticamente significativas encontradas se ajustan a lo esperable, es decir, se establecen entre los grupos del polo inferior (menos de 25 pacientes al día) y el polo superior (más de 55 personas al día). Sin embargo, en la dimensión Cansancio Emocional, las diferencias significativas, se observan entre los profesionales que asisten a menos de 25 personas/día y los que atienden a 46-55 personas/día, siendo lo esperable que mantuviera las diferencias con el grupo del polo superior (más de 55 personas/día). Este resultado, se puede deber a la desigualdad en el número que configura cada grupo, es decir, 32 sujetos los que asisten a 46-55 personas/día, frente a 20 sujetos en el grupo que atiende a más de 55 personas/día o, también deberse a un factor de indefensión*, en el que una vez superada la barrera de 55 personas atendidas de manera cotidiana, el profesional no experimente mayor Cansancio Emocional, sino que trate de adaptarse (o “resignarse”).

* Se destaca la sensación de indefensión, como la falta de control que la propia persona experimenta para generar cambio, entrando en una espiral de desgaste en el intento, finalizando en la resignación. Aunque, en el estudio de Manzano y Ramos (1999a) se estudiaba cómo influyen las diferentes variables de personalidad en el estrés laboral asistencial (Síndrome de Burnout) se rescata, en este apartado, porque aludían a la influencia directa o indirecta que, dentro de las expectativas de control, tenían cinco constructos de personalidad (suerte, indefensión, contingencia, autoeficacia y expectativas de éxito), concretamente muestran que sobre la dimensión Cansancio Emocional ejerce un fuerte efecto la indefensión, mientras que la contingencia influye sobre la Realización Personal en el trabajo.

La dimensión de Realización Personal en el trabajo, se mantiene más estable en los valores alcanzados, situándose el nivel mas bajo de Realización en aquellos profesionales que atienden a más de 55 personas al día. A este respecto, es comprensible hipotetizar que el riesgo de cometer errores es mayor o que la oportunidad para prestar toda la atención necesaria a cada paciente disminuye por saturación, pudiéndose generar sentimientos de impotencia y de falta de aptitud (lo que conlleva a no sentirse realizado), observado en otros estudios (Richardsen et al., 1992).

La presión asistencial es equivalente a la cantidad de trabajo que los profesionales puntúan en uno de los ítems del CVP-35 pero no sólo resulta relevante el aspecto cuantitativo sino las prisas o presión que el trabajador recibe para mantener tanto el volumen de trabajo como la calidad del mismo (aspecto cualitativo). En relación a estos ítems, ninguno de los sujetos conteste “nada” o “algo” en el ítem referido a la cantidad de trabajo, agrupándose la muestra en los niveles de “bastante” y “mucho”. De manera similar, se distribuyen las prisas y agobios por falta de tiempo que perciben los trabajadores para hacer su trabajo, situándose mas de la mitad de la muestra en el nivel “mucho” y ningún sujeto en “nada”. Respecto a la presión recibida por mantener la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan la percepción es de “bastante” con porcentajes del 50% (N=74) y 48,6% (N=72) respectivamente (Véase Figura 11.3.).

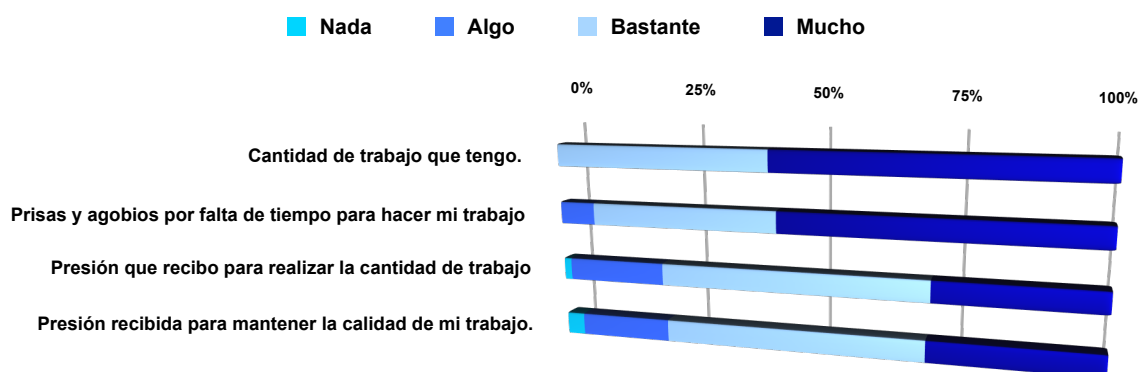


Figura 11.3. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con la presión asistencial (cuantitativa y cualitativa).

Número de unidades en el centro

No se establecen diferencias estadísticamente significativas ni en Cansancio Emocional ni en Despersonalización. Sin embargo, en la dimensión Realización Personal en el trabajo se encuentran diferencias significativas en el sentido de que los sujetos insertos en una sola unidad se encuentran más realizados personalmente en su puesto de trabajo que los sujetos que se desarrollan laboralmente en un centro con varias unidades de trabajo (Véase Tabla 9.18.).

En este sentido, se consideran relevantes dos variables, desarrolladas teóricamente por su asociación con el tipo de vínculo que se establece entre los compañeros (Relaciones interpersonales y Clima) y el estrés de rol, dependiendo del número de unidades existentes en cada centro de salud.

- **Relaciones interpersonales.**

Se señala que son este tipo de relaciones, concretamente las de carácter informal, las que aumentan los sentimientos de Realización Personal en el trabajo (Leiter, 1988), aunque si se tiene en cuenta que la identificación con el grupo puede ser la variable que influye en la capacidad de Realización Personal en el trabajo, en esta muestra, el resultado aporta nueva evidencia a favor de la re-conceptualización del estrés desde la Teoría de la Identidad Social (Haslam, 2004) coincidiendo y ampliando resultados anteriores (Haslam, Jetten, O'Brien y Jacobs, 2004; Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal y Penna, 2005; Topa-Cantisano, Fernández y Palací, 2005) y señalando que la relación entre el Síndrome de Burnout e identificación con el grupo es negativa y estadísticamente significativa, verificándose también para la falta de Realización Personal (Topa-Cantisano y Morales-Domínguez, 2007).

En relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout con la falta de apoyo organizacional, se encuentran interacciones con la dimensión Cansancio Emocional

(Gil-Monte y Peiró, 1996; Lee y Ashforth, 1993b) o con la Despersonalización (Gil-Monte et al., 1995; Sarros, 1988b), concluyendo las investigaciones que el apoyo social de los compañeros es esencialmente un predictor significativo de los componentes emocional y actitudinal del MBI.

A su vez, se entiende que el clima organizacional será diferente, dependiendo del número de unidades, es decir, el grado de participación en la toma de decisiones, la autonomía permitida en la realización de las tareas y el tipo de supervisión ejercida o el apoyo social recibido desde esa supervisión, será superior cuando solo existe una unidad. Los resultados indican que el Síndrome de Burnout se asocia significativamente de forma positiva con falta de participación en la toma de decisiones, falta de autonomía y falta de apoyo social por parte de la supervisión (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En este estudio, analizando los ítems del CVP-35 vinculados con las relaciones mantenidas en el trabajo, más de la mitad de la muestra señalan recibir “bastante” apoyo de sus compañeros (54,7%) y escasos conflictos con las personas de su trabajo, mientras que la percepción del apoyo recibido por sus jefes adquiere mayor representatividad en los niveles de “algo” y “bastante” (Véase Figura 11.4.).

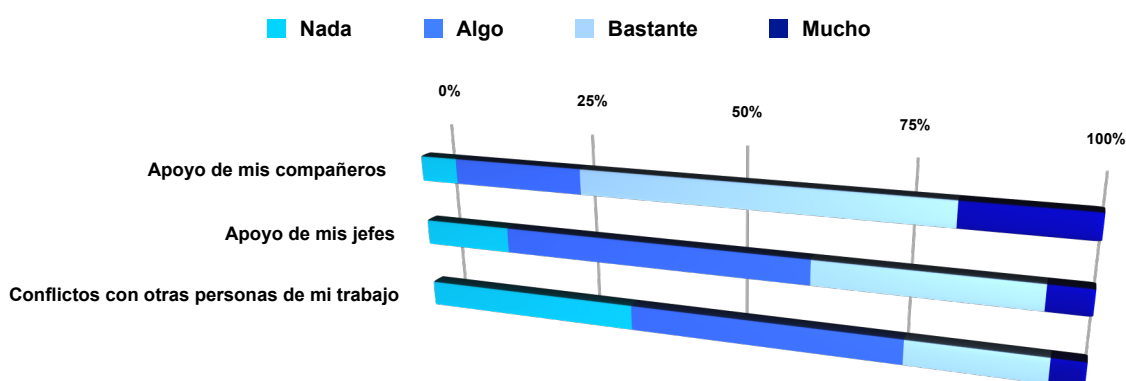


Figura 11.4. Representación de los ítems del CVP-35 vinculados con las relaciones interpersonales.

- Estrés de rol.

Es interesante establecer una discusión sobre el grado de ambigüedad de rol que los profesionales pueden llegar a experimentar cuando son dos unidades las que operan dentro de un mismo centro, debido a que de los tres componentes del estrés de rol es a la ambigüedad de rol a la que se le otorga mayor valor predictivo de la Realización Personal en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997), provocando un impacto significativo sobre dicha dimensión (Firth et al., 1987). Sin embargo, la presencia de altos niveles de conflicto de rol no se asocia en una disminución de la Realización Personal en el trabajo (Friesen y Sarros, 1986), de ahí la consideración de la relación de esta variable evaluada de manera “indirecta” en el número de unidades.

En este sentido, otro aspecto que resulta relevante y congruente con el resultado obtenido es que, a diferencia del concepto de sobrecarga laboral, la intensidad de las relaciones entre el estrés de rol y las dimensiones del Síndrome de Burnout evaluadas mediante el MBI parece estar ligeramente afectada en función del sector profesional del cual proceden las muestras de los estudios, destacando que la relación entre ambigüedad de rol y Cansancio Emocional se mostraba más intensa en profesionales de la educación que en el caso de profesionales de enfermería, mientras que en estos últimos la relación entre ambigüedad de rol y bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo era más intensa que en los anteriores (Gil-Monte, 1994).

Analizando los ítems del CVP-35 se observa que, efectivamente, la mayoría de los profesionales de la muestra tienen “bastante” claro lo que tienen que hacer en su trabajo (59,2%), corroborándose que la ausencia de ambigüedad de rol favorece sentirse realizado en su puesto laboral. No obstante, el nivel de la carga de responsabilidad es “mucho” en el 52% y “bastante” el estrés en el 53,4% de los profesionales sanitarios, aunque parece que no es determinante para realizarse personalmente en su trabajo (Véase Figura 11.5.).

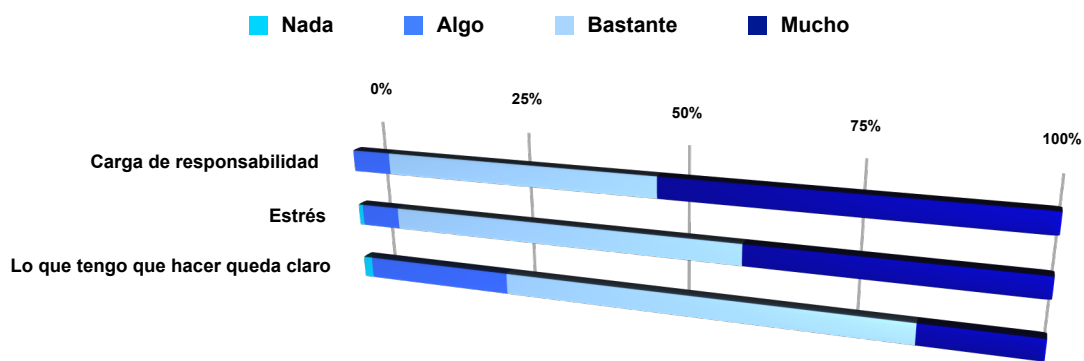


Figura 11.5. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con el estrés de rol.

Sobre las Variables de la Calidad de Vida Profesional

- **Objetivo 4:** *Describir la Calidad de Vida Profesional percibida por los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid que padecen Síndrome de Burnout mediante análisis de los ítems del CVP-35, distribución muestral de las tres dimensiones (Apoyo Directivo, Cargas de Trabajo y Motivación Intrínseca) y relación entre ellas.*

Análisis de los ítems del CVP-35

En comparación con otros estudios realizados en diferentes áreas de la Comunidad de Madrid con profesionales sanitarios de Atención Primaria, se obtienen los mismos resultados en relación con los ítems de mayor y menor puntuación alcanzada en el CVP-35 (Fernández y cols., 2000; Jubete y cols., 2005; Sánchez y cols., 2003).

Por un lado, en el extremo superior las preguntas que alcanzan los valores más altos hacen referencia a la cantidad e importancia del trabajo que se realiza (“Cantidad de trabajo que tengo” y “Mi trabajo es importante para la vida de otras personas”) y, por otro, el polo inferior recae en los intentos de mejora por parte de la empresa para mejorar la calidad de vida de sus trabajadores unido a la escasa posibilidad de promoción (“Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto”, “Posibilidad de promoción” y “Reconocimiento

de mi esfuerzo"). El ítem con la puntuación más alta es el que hace referencia a la cantidad de trabajo que tienen los profesionales, resultado semejante en otros estudios (Fernández y cols., 1995; Fernández y cols., 2000; Jubete y cols., 2005; Sánchez y cols., 2003) y que corrobora la patente relación que existe entre la presión asistencial diaria excesiva y el riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout (De Pablo y Suberviola, 1998; Mira, Vitaller, Buil y Rodríguez, 1994; Olivar y cols., 1999; Prieto y cols., 2002).

A su vez, resulta congruente que la puntuación que se alcanza en este estudio sea superior, en comparación con otras investigaciones, ya que los profesionales de la muestra no es que se encuentren en una situación de riesgo de padecer Síndrome de Burnout, sino que ya lo están padeciendo (Véase Tabla 11.5.). En este estudio, el resto de preguntas que alcanzan niveles superiores al valor 8, presentan a unos profesionales que perciben bastante prisas y agobios por falta de tiempo para realizar el trabajo y carga de responsabilidad (ambas pertenecen a la dimensión Cargas de Trabajo⁺), aunque consideran que se encuentran capacitados profesionalmente.

Este último dato, resulta muy interesante si se relaciona con una de las explicaciones del Síndrome de Burnout basada en el desequilibrio entre las expectativas y la realidad, es decir, aunque los profesionales perciban que cuentan con una capacitación óptima para desarrollar su trabajo no lo pueden realizar satisfactoriamente debido a la cantidad que tienen, siendo evidente el desequilibrio entre la actividad para la cual se encuentran capacitados y la que realmente tienen o pueden hacer. Aludiendo al sentido de desequilibrio, también se destaca la diferencia existente entre

⁺ Análisis porcentual de la dimensión de Cargas de trabajo: Ningún profesional se agrupa en la categoría "nada" en tres de los ítems que configuran esta dimensión referidas a la cantidad de trabajo, prisas-agobios y carga de responsabilidad, es decir, no hay ningún sujeto que considere que no tenga ni trabajo, ni prisas-agobios ni cierta carga de responsabilidad en el desempeño de sus funciones laborales. En el caso específico de la cantidad de trabajo que perciben los profesionales, la categoría "algo" se presenta también vacía, por lo que la muestra en este ítem se distribuye entre los valores de "bastante" y "mucho". A su vez, más de la mitad de la muestra se engloba en la categoría "mucho" en estos mismos ítems, percibiendo que tienen mucha cantidad de trabajo (58,8%), muchas prisas y agobios por falta de tiempo para hacer su trabajo (57,4%) y mucha carga de responsabilidad (52%).

los valores alcanzados entre las ganas que perciben los profesionales de ser creativos y la posibilidad de serlo.

Tabla 11.5. Comparación de las medias de los ítems del CVP-35.

Ítems del CVP-35	Estudios				
	Tesis	Clúa y Aguilar (1998)	Sánchez y cols (2003)	Jubete y cols (2005)	Muñoz-Seco y cols (2006)
	M	M	M	M	M
<i>Cantidad de trabajo que tengo.</i>	8,59	7,94	8,19	8,45	7,54
<i>Mi trabajo es importante para la vida de otras personas.</i>	8,28	8,01	7,84	8,01	7,71
<i>Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo.</i>	8,28	6,18	7,41	8,03	6,41
<i>Carga de responsabilidad.</i>	8,24	7,61	6,71	7,78	6,96
<i>Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual.</i>	8,11	8,46	8,38	8,37	8,06
<i>Apoyo de mi familia.</i>	7,99	8,43	7,65	8,28	7,53
<i>Estrés (esfuerzo emocional)</i>	7,88	6,36	6,28	7,58	6,44
<i>Capacitación necesaria para hacer mi trabajo.</i>	7,78	7,76	7,74	7,84	7,43
<i>Me siento orgulloso de mi trabajo.</i>	7,30	7,48	6,99	5,23	7,73
<i>Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo.</i>	7,15	5,90	6,37	7,34	5,47
<i>Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo.</i>	7,08	5,08	6,82	6,78	5,29
<i>Motivación (ganas de esforzarme).</i>	7,05	7,10	5,68	6,58	7,15
<i>Ganas de ser creativo.</i>	6,89	7,70	6,84	7,17	7,39
<i>Interrupciones molestas.</i>	6,89	5,28	5,97	6,51	5,74
<i>Satisfacción con el tipo de trabajo.</i>	6,71	6,47	6,15	6,05	7,08
<i>Lo que tengo que hacer queda claro.</i>	6,61	6,97	6,59	6,54	6,74
<i>Apoyo de mis compañeros.</i>	6,51	6,48	6,42	6,80	6,05
<i>Desconecto al acabar la jornada laboral.</i>	6,39	5,97	6,74	6,41	6,69
<i>Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud.</i>	5,93	4,29	5,13	5,65	4,84
<i>Tengo autonomía o libertad de decisión.</i>	5,56	5,49	5,42	5,19	5,61
<i>Variedad en mi trabajo.</i>	5,55	5,81	5,49	5,35	6,13
<i>Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito.</i>	5,49	5,38	5,34	5,43	5,62
<i>Falta de tiempo para mi vida personal.</i>	5,26	4,12	4,49	4,70	4,23
<i>Calidad de vida de mi trabajo.</i>	5,24	5,40	5,28	4,66	5,78
<i>Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas.</i>	5,20	4,58	5,13	4,54	4,59
<i>Incomodidad física en el trabajo.</i>	5,11	4,09	4,64	5,08	4,73
<i>Satisfacción con el sueldo.</i>	5,01	4,56	3,62	4,15	4,89
<i>Recibo información de los resultados de mi trabajo.</i>	4,80	3,71	5,2	4,28	3,62
<i>Apoyo de mis jefes.</i>	4,78	4,95	4,42	4,46	5,14
<i>Posibilidad de ser creativo.</i>	4,78	4,20	4,65	4,39	4,81
<i>Reconocimiento de mi esfuerzo.</i>	4,27	3,84	3,51	3,72	4,11
<i>Conflictos con otras personas de mi trabajo.</i>	3,79	2,85	3,38	3,06	3,38
<i>Posibilidad de promoción.</i>	3,39	3,17	2,34	2,70	3,24
<i>Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto.</i>	3,20	3,90	3,40	3,02	3,65
<i>En caso de ocupar un cargo directivo: Apoyo de mi equipo.</i>	1,12	6,30	5,38	6,42	-

En relación a las bajas puntuaciones obtenidas en los ítems indicados presentan a un grupo de profesionales que no perciben que la organización sanitaria se aproxime a sus necesidades profesionales de participación, creatividad y reconocimiento (ítems que configuran la dimensión Apoyo Directivo). A su vez, la baja puntuación obtenida en las posibilidades de promoción, dato que coincide con otros estudios (Clúa y Aguilar, 1998; Cruz, Vázquez, Aguirre, Fernández, Villagrasa y Andradás, 1994; García y Custey, 1992; Hidalgo y Díaz, 1994; Fernández y cols., 1995; Fernández y cols., 2000; Maslach, 1982a, 1982b), es el reflejo de la percepción que los profesionales tienen de un sistema sanitario que favorece el estancamiento y en el que no se promueve la competencia profesional.

En relación a la capacidad de desconectar evaluado mediante el ítem 15 del CVP-35, se obtiene una puntuación media de 6,39, resultado muy similar a otros estudios (Jubete y cols., 2005; Muñoz-Seco y cols., 2006; Sánchez y cols., 2003) aunque puede descender a 5,97 (Clúa y Aguilar, 1998) o ascender a 7,85 (Fernández, Santa Clotilde y Casado, 2007), dependiendo de los estudios.

Distribución muestral de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional

La valoración global media sobre la Calidad de Vida Profesional percibida es de 5,24 (DT=1,76) para los profesionales sanitarios que configuran la muestra, resultado similar a los obtenidos en otras Áreas de salud de Atención Primaria pertenecientes a la Comunidad de Madrid como, por ejemplo, en el Área 10 con un valor de 5,28 (Sánchez y cols., 2000) o en el Área 1 con una media de 4,66 (Jubete y cols., 2005) y fuera de nuestra Comunidad con puntuaciones que pueden ascender a un 5,78 (Muñoz-Seco y cols., 2006), un 5,68 (Fernández y cols., 2007), un 5,40 (Clúa y Aguilar, 1998) o descender a un 4,48 (Jorge y cols., 2005), encontrándose todos los resultados en el límite de lo que puede considerarse aceptable.

En relación con las tres dimensiones valoradas en la Calidad de la Vida Profesional, la comparación con otros trabajos que han medido la satisfacción laboral del personal sanitario en Atención Primaria se hace difícil ya que utilizan otros instrumentos de medida, que no hacen referencia expresa a la Calidad de Vida Profesional (Fernández y cols., 1995; Fernández y cols., 2000; García y Custey, 1992; Hidalgo y Díaz, 1994; Mira, Vitaller, Buil y Rodríguez, 1994; Olivar y cols., 1999).

A su vez, existen otros estudios que aunque emplean el CVP-35 como instrumento de medida establecen otras dimensiones que no permiten establecer tal comparación con ellos, aunque sus resultados sean interesantes (Clúa y Aguilar, 1998; Sánchez y cols., 2003*).

Por tanto, la discusión respecto a los resultados obtenidos en las tres dimensiones del CVP-35 se establece con estudios que han sido realizados entre profesionales de Atención Primaria y que han analizado el CVP-35 con las mismas dimensiones que las utilizadas en este estudio (correspondientes a la validación original de Cabezas, 2000), con el objetivo de valorar las similitudes o diferencias existentes, concluyendo que en todos ellos los profesionales se caracterizan por presentar los niveles más altos en Motivación, percibiendo bastantes Cargas de Trabajo y bajo Apoyo Directivo (Véase Tabla 11.6).

Concretamente, en este estudio, la media más alta se encuentra en la Motivación Intrínseca con 7,39 (DT=1,08), seguida por las Cargas de Trabajo con una media de 6,74 (DT=1,15), siendo la dimensión con la media más baja el Apoyo Directivo con 4,88 (DT=1,26) (Véase Figura 9.25.).

* Establecen siete dimensiones en la corrección del CVP-35. Los profesionales que forman parte de los 18 equipos de Atención Primaria (médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, administrativos y celadores) perciben un lugar de trabajo con bastantes recursos (M=6,64; DT=0,98), con incomodidad (M=4,72; D=0,94), con elevada carga de trabajo (M=7,01; DT=0,79) y escaso apoyo por parte de los directivos (M=4,31; DT=1,04). Los profesionales otorgan puntuaciones elevadas a su grado de motivación (M=6,41; DT=0,61), capacitación (M=7,62; DT=0,82) y apoyo social (M=6,48; DT=1,13).

Tabla 11.6. Comparación de los porcentajes de las dimensiones del CVP-35.

Estudio/Lugar	Muestra: Profesionales sanitarios de Atención Primaria	Dimensiones CVP-35		
		AD	CT	MI
- Jorge y cols. (2005) Orense	Médicos de familia, pediatras, odontólogos y farmacéuticos (N=131)	3,8	5,9	6,5
- Jubete y cols. (2005) Comunidad de Madrid Área 1	Tres grupos: 1 (médico de familia, pediatra y odontólogo), 2 (enfermera, matrona, fisioterapeuta y trabajador social) y 3 (auxiliar administrativo, celador, auxiliar de enfermería e higienista dental) (N=848)	4,66	6,45	7,16
- Muñoz-Seco y cols (2006) Menorca	Personal de medicina, enfermería, personal de admisiones y personal auxiliar (N=112))	4,9	5,53	7,43
- Fernández y cols (2007) Soria	Profesionales de enfermería de dos centros de salud (N=20). Estudio piloto	4,90	5,71	7,82
Profesionales Sanitarios del Área 11 de Madrid		4,88	6,74	7,30

En este estudio, el análisis porcentual de las dimensiones del CVP-35 indica que tanto las Cargas de Trabajo como la Motivación Intrínseca se distribuyen de manera ascendente, es decir, ningún sujeto percibe que no tenga ninguna carga de trabajo ni que se encuentre nada motivado. Sin embargo, el Apoyo Directivo presenta una distribución que fluctúa alcanzando el mayor porcentaje en el valor de “algo” (71,6%), mientras que ningún sujeto de la muestra percibe que sea “mucho”, no puntuando valores de 9 o 10 a los ítems que configuran dicha dimensión (Véase Tabla 9.26. y Figura 9.26.).

Análisis de la relación entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional

Del análisis de las relaciones mantenidas entre las dimensiones del CVP-35, cabe destacar que el Apoyo Directivo presenta una relación significativa con las otras dimensiones, positiva con la Motivación Intrínseca y negativa con las Cargas de Trabajo (Véase Tabla 9.27.). Por tanto, se considera que la percepción que tengan los profesionales sobre el tipo de apoyo que reciben por parte de los directivos es un pilar fundamental en su desarrollo laboral porque además de relacionarse directamente con

su capacidad motivacional, la valoración del aspecto cuantitativo del trabajo a desempeñar tiende a disminuir.

A su vez, el Apoyo Directivo es la dimensión que mantiene una mayor correlación con la Calidad de Vida Profesional general, corroborando que esta dimensión es la que más influye en dicha calidad (Cortés y cols., 2003) (Véase Tabla 9.28.).

Resulta interesante señalar que la Motivación de los profesionales de este estudio no se vea afectada por las Cargas de Trabajo percibida que tienen que realizar, puesto que esta última dimensión se ha considerado como un factor determinante en el nivel de satisfacción de los profesionales (Caballero y cols., 2001*).

- **Objetivo 5: Relacionar las dimensiones del Síndrome de Burnout con las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.**

De las dimensiones del MBI es el Cansancio Emocional el que establece una relación estadísticamente significativa con todas las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional, señalando que a medida que los niveles de Cansancio aumentan, la percepción de la cantidad de trabajo a realizar es superior, disminuyendo su capacidad motivacional y la percepción recibida del apoyo de sus directivos. En la dimensión de Despersonalización parece que el Apoyo Directivo no ejerce ningún tipo de efecto, al igual que las Cargas de Trabajo en la Realización Personal en el trabajo (Véase Tabla 9.29.).

* Con profesionales sanitarios de Atención Primaria se incluía un apartado de opinión, de libre respuesta, sobre los principales motivos de insatisfacción o estrés laboral, destacando los siguientes: 56 sujetos apuntaban la sobrecarga asistencial o exceso de demanda como la causa principal de estrés (38,9%), 21 aludían a la realización de labores excesivamente rutinarias o burocráticas (14,8%), 13 profesionales señalaban falta de reconocimiento laboral y de promoción profesional (9,1%) y 12 apuntaban la falta de formación continuada de calidad (8,3%). Otras circunstancias que se relacionan con insatisfacción laboral son, por orden decreciente en frecuencia, la falta de educación sanitaria de los pacientes (en exceso hiperdemandantes o hiperfrecuentadores), la incomprensión o falta de apoyo desde las esferas directivas, inestabilidad del puesto, realización de labores impropias de la categoría profesional, descoordinación entre niveles asistenciales y exceso de demora para la asistencia especializada y falta de reconocimiento social. Tan solo 4 de los encuestados presentaban quejas de bajo sueldo y 2 sobre falta de medios materiales.

Expresado desde el análisis de las dimensiones del CVP-35, las conclusiones destacan que cuanto mayor es la percepción de las Cargas de Trabajo, mayor es el Cansancio Emocional y la Despersonalización; por su parte, la percepción de Apoyo Directivo se relaciona de manera directa con la Realización Personal e inversa con el Cansancio Emocional; por último, los niveles de Motivación Intrínseca se asocian directamente con la Realización Personal y de manera negativa con las actitudes despersonalizadas y el Cansancio Emocional. En este estudio, es la Motivación el elemento crítico, puesto que el hecho de sentirse motivado se convierte en la clave del desempeño, mientras que en otros estudios es el Apoyo Directivo es que alcanza relaciones significativas con todas las dimensiones del MBI, al igual que en otros estudios (Jorge y cols., 2005).

Por tanto, se concluye que la relación entre el Síndrome y la Calidad de Vida Profesional se caracteriza por ser inversa, al igual que en otros estudios (Jorge y cols., 2005; Sobrequés y cols., 2003).

En relación a los **FACILITADORES** del Síndrome de Burnout.

Sobre las Variables Sociodemográficas

- **Objetivo 6:** *Describir el perfil personal (Variables Sociodemográficas) de los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid que padecen Síndrome de Burnout y examinar si el sexo, la edad, el estado civil, el número de hijos, los años trabajados (INSALUD, Área 11 y misma plaza) y haber estado de baja laboral, influyen de manera significativa en cada una de las tres dimensiones.*

Descriptivamente, esta muestra se distribuye en un 21,6% de varones y 78,4% de mujeres, con una edad media de 44,03 años (DT=7,95). Más de la mitad de la muestra están casados (62,8%) y tienen al menos un hijo (66,2%) (Véase Tablas 10.2 y 10.3.).

En relación a los años trabajados en el INSALUD, los participantes presentan una media de 16,99 años (DT=7,94) con una permanencia de 12,08 años (DT=6,64) en el Área 11 de la Comunidad de Madrid y 9,39 años de desempeño laboral en la misma plaza (DT=6,40) (Véase Tabla 10.4.). Un 8,1% de los sujetos había estado de baja laboral en los últimos seis meses de la fecha en la que se realizó el estudio.

El estudio y análisis de las relaciones mantenidas entre las Variables Personales (Variables Sociodemográficas) y las dimensiones del MBI, es la fuente de un importante volumen de investigaciones, no encontrándose consistencia clara en las revisiones realizadas de sus resultados. En este estudio, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los valores medios obtenidos, en ninguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, en función de las variables: Sexo, edad y número de hijos. Mientras que el estado civil y la antigüedad en el puesto mantienen relación con las dimensiones Cansancio Emocional y Despersonalización, respectivamente. A continuación, se analizan de manera pormenorizada cada una de las Variables Personales.

Sexo

Los resultados en la muestra estudiada, indican que existe un mayor porcentaje de mujeres (78,4%) que presentan puntuaciones significativas en el MBI, en comparación con los varones (21,6%), cuando se selecciono a los profesionales sanitarios del estudio original que debían padecer Síndrome de Burnout como criterio de inclusión, entre otros.

En este sentido, es preciso tener en cuenta que determinadas profesiones sanitarias se han considerado, durante muchos años, ligadas al sexo, por lo que la mayor proporción de mujeres frente a los hombres que padecen Síndrome de Burnout puede estar condicionada al hecho de que son más las mujeres las que se agrupan en este ámbito profesional. Como dato, se aporta que del estudio original compuesto por 881 profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid, el 76,4% (N=673) eran mujeres y un 23,61% (N=208) hombres. Como se puede observar, la proporción de profesionales con Síndrome de Burnout seleccionada es similar a la distribución muestral en relación al sexo.

No obstante y, aún teniendo en cuenta este criterio, existen diferentes investigaciones en las que están de acuerdo en señalar una mayor predisposición de las mujeres al Síndrome de Burnout (Anaya y cols., 2006; Fuehrer y McGonagle, 1988; Greenglass et al., 1988; Kushnir y Melamed, 1992; Leiter et al., 1994; Seidman y Zager, 1991), siendo inevitable debatir la efectividad de la ansiada conciliación entre la vida laboral y familiar que, aparentemente, nuestra sociedad o gobierno trata de promocionar pero no de facilitar (sin entrar en cuestiones de machismo). Es decir, el nivel de estrés es creciente en aquellas mujeres que se han incorporado al mundo laboral pero que conservan aún toda la responsabilidad respecto a sus familias y tareas domésticas (Rout, 2001), concluyéndose una mayor propensión de las mujeres a presentar el Síndrome de Burnout, mostrando más conflicto de rol, sintomatología depresiva o conflictos familia-trabajo (Albadalejo y cols., 2004; Atance, 1997; Etzion y Pines, 1986; Greenglass y Burke, 1988; Greenglass et al., 1988; Manzano y Ramos, 1999b; Pines y Kafry, 1981).

Sin embargo, esta línea simplemente es una hipótesis a analizar, puesto que en otros estudios se han encontrado mayores niveles de Síndrome de Burnout en hombres (Beck, 1987; Caballero y cols., 2001; Cahoon y Rowney, 1984; Cordeiro, 2001; Prieto y cols., 2002).

En este estudio, no se establecen diferencias estadísticamente significativas en los valores medios obtenidos, en ninguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, en función de la variable sexo. Resultados que coinciden con distintos estudios en los que no se encuentran pruebas de que exista relación estadísticamente significativa entre el sexo y el Síndrome de Burnout (Cebrià y cols., 2001; Daniel, 1995; De las Cuevas y cols., 1995; Etzion, 1988; García-Izquierdo, 1991; Gil-Monte y cols., 1996; Greenglass, 1991; Greenglass y Burke, 1988; Guerrero, 1998; Hiscott y Connop, 1989; Iwanichi y Schwab, 1981; Izraeli, 1984; Maslach y Jackson, 1981; McDermott, 1984; Molina y cols., 2005; Oliver, 1993; Soto y Santamaría, 2005).

A nivel muestral, tanto mujeres y hombres presentan como media altos niveles en Cansancio Emocional y Despersonalización, y bajos niveles en Realización Personal en el trabajo, sin distanciarse prácticamente en las puntuaciones medias obtenidas en el MBI (Véase Tabla 10.6.). Sin embargo, existen estudios centrados en las diferencias que la variable sexo puede ejercer sobre las dimensiones, acreditando que las mujeres son más propensas que los hombres al Cansancio Emocional y a la falta de Realización Personal en el trabajo, proponiendo que las mujeres soportan mejor las situaciones laborales problemáticas y eluden menos las situaciones conflictivas (Maslach y Jackson, 1985) mientras que los hombres puntúan más alto en Despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1999; Greenglass et al., 1990; Manassero y cols., 1996; Maslach y Jackson, 1985; Oliver, 1993; Williams, 1989).

No obstante, se resalta que en este estudio y relacionado con lo expuesto anteriormente, los hombres del estudio se distribuyen muestralmente con un mayor porcentaje en el nivel alto en la dimensión Despersonalización (71,9% de los varones frente al 57,8% de las mujeres), pudiéndose aludir a las explicaciones basadas en los procesos de socialización dirigidos a desempeñar los roles masculino (no se le permite la expresión de emociones y se le exige la orientación al logro) y femenino (enfatisa la

habilidad en las relaciones interpersonales, el cuidado de los otros y la interdependencia, empáticas y sensibles) en la interacción de los perfiles y requisitos de las ocupaciones a realizar. Por tanto, el que los varones presenten un mayor porcentaje en actitudes altas de Despersonalización resulta congruente con las teorías que indican que estas diferencias estén más ligadas a los aspectos sociales y educativos de los roles sexuales que a las diferencias biológicas (Parkes, 1998).

Edad

Las diferencias entre los valores medios, obtenidos en cada una de las tres dimensiones del MBI, atendiendo a los dos grupos de edad (punto de corte: 45 años), no son estadísticamente significativas, coincidiendo con los resultados de otros estudios (Caballero y cols., 2001; Daniel, 1995; Guerrero, 1998; Hock, 1988; McDermott, 1984; Oliver, 1993).

A un nivel descriptivo, se destaca que un 70,4% de los profesionales menores de 45 años presentan niveles altos en la dimensión Despersonalización (frente a un 51,9% de los profesionales mayores de esta edad). Este resultado, centrado únicamente en una de las dimensiones del Síndrome, marcaría una leve tendencia hacia las investigaciones que señalan un decrecimiento en la probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout según aumenta la edad, postulando que se ponen en marcha mejores estrategias de afrontamiento ante el estrés y expectativas más reales profesionalmente, frente a los de menor edad (Zabel y Zabel, 1982). No obstante, en esta línea, se advierte que aunque los trabajadores de más edad tienen un mejor conocimiento de sus recursos y mayor experiencia, habrá una serie de circunstancias que les produzcan sobrecarga y estrés como, por ejemplo, el uso de nuevas tecnologías, tareas con un alto nivel de vigilancia o trabajo por turnos y nocturno (Hadzilova, 1988).

Se hace constar que una de las limitaciones de este estudio puede radicar en haber dicotomizado el valor de la variable edad para establecer la comparación entre los grupos, puesto que la revisión bibliográfica realizada parece sugerir una distribución de aspecto parabólico entre el Síndrome de Burnout y la edad (Atance, 1997; De las Cuevas y cols., 1995; Prieto, 2001; Prieto y cols., 2002). En este sentido, se señala que en los primeros años de ejercicio profesional, existiría una mayor vulnerabilidad a la tensión laboral, al ser un período de transición, desde las expectativas idealistas hacia la realidad de la práctica cotidiana, mientras que con el devenir de los años, el profesional se hace menos vulnerable al adquirir mayor seguridad y experiencia en su trabajo (Cherniss, 1982; Maslach, 1982b).

Por tanto, en el estudio de esta variable, sería conveniente fijar con un cierto criterio los intervalos de edad a estudiar, en la relación con el Síndrome de Burnout, a fin de obtener resultados concluyentes sobre dicha relación. Por ejemplo, en 1984, Farber estratificó en intervalos exactos la variable edad, obteniendo niveles bajos de Síndrome de Burnout entre los 20-25 años, altos entre los 25-40 años y mínimo a partir de los 40 años aproximadamente, pudiendo ser estos puntos de corte una referencia.

Estado civil

En el presente estudio, esta variable se dicotomizó en tener o no pareja. Dentro del grupo “Con pareja” se engloba a los casados y en “Sin pareja” a los solteros, separados, divorciados y viudos. Se hace constar como una limitación del estudio de esta variable que no se establece una absoluta concordancia con la pregunta en el cuestionario acerca del estado civil y la situación real del sujeto.

El análisis de la relación entre el estado civil y las dimensiones del Síndrome de Burnout en la muestra, indica que existen diferencias estadísticamente significativas

en la dimensión Cansancio Emocional, concluyendo que los profesionales sanitarios que tienen pareja se encuentran más cansados emocionalmente que los que no la tienen. En las otras dos dimensiones, no se hallan asociaciones significativas con el estado civil (tener o no pareja) (Véase Tabla 10.10.).

En lo referente a la relación entre el estado civil y los niveles de intensidad de las dimensiones en la muestra, los sujetos que tienen pareja presentan mayores porcentajes en los niveles altos de Cansancio Emocional (61,3%), actitudes de Despersonalización (65,6%) y en los niveles bajos de Realización Personal en el trabajo (50,5%) que los sujetos que no la tienen (Véase Tabla 10.11).

Estos resultados son opuestos tanto a los que apuntan que los solteros se encuentran más cansados emocionalmente y los casados están más realizados personalmente en el trabajo, no detectándose influencia en las actitudes de Despersonalización (Guerrero, 1998) como a aquellos estudios en los que se corroboran diferencias significativas entre los solteros y casados en la dimensión Realización Personal en el trabajo (Manassero y cols., 1996; Oliver, 1993).

Número de hijos

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias obtenidas en las tres dimensiones del MBI, entre los profesionales sanitarios que tienen hijos y los que no los tienen, al igual que en otras investigaciones (Soto y Santamaría, 2005). Ambos grupos de sujetos, con o sin hijos, presentan medias elevadas en Cansancio Emocional (más elevada en el grupo con hijos $M=30,10$ frente al grupo sin hijos $M=27,16$) y en Despersonalización, mientras que bajas en Realización Personal en el trabajo, sin grandes diferencias en los valores medios alcanzados (Véase Tabla 10.12.). Descriptivamente, en los niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización se registra un mayor porcentaje de sujetos en el

grupo con hijos, al igual que en los niveles bajos de Realización Personal en el trabajo (Véase Tabla 10.13.).

Estos resultados no apoyarían la línea de diferentes estudios en los que se defienden que la paternidad influye en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, exponiendo que los profesionales que son padres, al contar con focos de interés relevantes (distintos a los laborales) presentan puntuaciones más bajas en el Síndrome, aludiendo a que no precisan la Despersonalización como estrategia adaptativa, estando menos autofocalizados en la realización de su trabajo como para llegar a juzgarse incompetentes si no logran sus expectativas laborales, no sobreimplicándose en su trabajo y reduciendo así el Cansancio Emocional (Peiró, 1992). Tampoco se corroboran los resultados de otros estudios en los que se encuentran niveles más altos del Síndrome en profesionales que no son padres, en concreto, valores significativamente superiores en la dimensión Cansancio Emocional (Guerrero, 1998).

No obstante, cuando se analiza la incidencia de estrés y el riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout, entre el personal asistencial de un sistema de emergencia médica móvil, se encuentra un importante nivel de dificultad en la relación de pareja que los encuestados vincularon a su forma de trabajo, con ausencia exagerada del hogar y poca comunicación con el cónyuge, llegando a producir situaciones de separación o divorcio en algunos encuestados. A su vez, también eran frecuentes las dificultades en la relación con los hijos (de todas las edades), así como la cantidad de reproches por parte de la familia al trabajar demasiado y no participar de eventos trascendentes en la vida familiar (Matrai, 2001).

Por tanto, resulta muy interesante como explicación a los resultados obtenidos en este estudio las diferencias encontradas entre la percepción que tienen los profesionales respecto al apoyo familiar (51,4% “mucho”) que reciben en comparación con la falta de

tiempo para su vida personal (39,9% “bastante”), evaluadas mediante el CVP-35 (Véase Figura 11.6.).

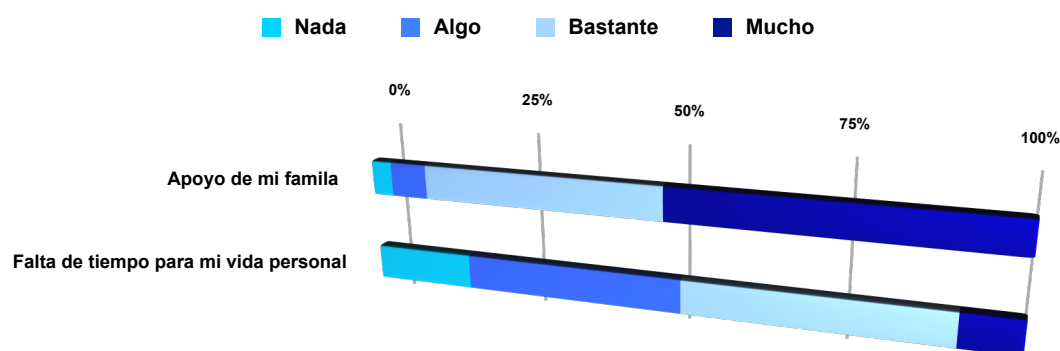


Figura 11.6. Representación de los ítems del CVP-35 relacionados con el sistema familiar.

En resumen, se rescata la conclusión de Leiter (1990) que resalta el planteamiento que se ha expuesto, es decir, cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar al Síndrome, el sujeto presenta menos vulnerabilidad a su padecimiento, mientras que el hecho de que ocurran problemas familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a padecer Síndrome de Burnout.

Años trabajados

Cuando se analizan los años trabajados es la dimensión Despersonalización la que adquiere cierta significación estadística (INSALUD y Área 11), no encontrándose resultados relevantes para las dimensiones Cansancio Emocional y Realización Personal en el trabajo.

Es interesante reflexionar la incidencia del paso de los años en la exhibición de conductas despersonalizadas, mas que el contexto de trabajo evaluado. Es decir, el punto de corte de los años, en el análisis de resultados, es diferente según la

antigüedad estudiada: En el INSALUD son 16 años, en el Área 11 son 12 años y en la misma plaza 8 años. Según disminuye los años de antigüedad, las diferencias significativas en Despersonalización se van difuminando. No obstante, en relación a los niveles altos de las dimensiones, destaca que en Despersonalización adquiere un porcentaje superior aquellos sujetos con una permanencia inferior frente a los de mayor antigüedad.

En conclusión, los resultados señalan que, a mayor tiempo de desarrollo en la profesión (y, por tanto, mayor edad cronológica), los profesionales experimentan menos actitudes de Despersonalización. Una de las hipótesis explicativas, ante este resultado, podría basarse en la madurez psicológica de la persona y la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento que el sujeto va desarrollando y perfeccionando. Es decir, puesto que los profesionales con menos antigüedad, son más jóvenes e inexpertos, cuentan con menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes, por lo que el riesgo de padecer Síndrome de Burnout es mayor que los sujetos que cuentan con mayor tiempo de antigüedad (Gil-Monte y Peiró, 1997). No obstante, también se podría considerar una visión más pesimista, reflejando que en los profesionales, a lo largo de los años, se va dando una progresiva adaptación a la problemática laboral, disminuyendo la vulnerabilidad al Estrés Laboral (Oliver, 1993).

Sobre las Variables de Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica

- **Objetivo 7: Describir los Rasgos-Trastornos de personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica de los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid que padecen Síndrome de Burnout, evaluados mediante el MCMI-II.**

En este estudio, se ha empleado el MCMI-II, con el objetivo de evaluar la personalidad de los profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout, aportando también información sobre signos y síntomas psicopatológicos.

Rasgos de Personalidad

En relación a la estructura de Personalidad, destaca que 106 sujetos de los 148 profesionales que componen la muestra (71,6%) presentan de manera significativa Rasgos Compulsivos, caracterizándose por ser sujetos que han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social, resolviendo esta ambivalencia no solamente suprimiendo el resentimiento, sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre si mismos y los demás.

El Rasgo Dependiente es significativo en un 25% de los profesionales (N=37). En otros estudios, se ha referido que aquellos profesionales de la salud con estilos de personalidad dependiente o pasivo-agresivo poseen riesgo considerable de desgastarse profesionalmente, aunque se considera el estilo obsesivo-compulsivo como el más predispuesto para desarrollar el Síndrome de Burnout (Mulder, 1983). En este caso, los rasgos pasivo-agresivo no adquieren una significación relevante, siendo significativo únicamente en 3 profesionales (2%).

Aunque en otros estudios, con profesionales médicos se concluye que experimentan más sentimientos de Cansancio Emocional y baja Realización Personal en el trabajo aquellos que presentan un estilo de personalidad antisocial, agresiva, esquizoide y con problemas de ansiedad (Lemkau et al., 1988), en este estudio, dichos rasgos no alcanzan mayor relevancia (Véase Tabla 10.24.).

Trastornos de Personalidad

De los Trastornos de Personalidad, es el Trastorno Paranoide el que obtiene el mayor porcentaje de significación, concluyendo que entre los profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout, un 12,8% (N=19) muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. A su vez, presentan una áspera irritabilidad y tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás, distinguiéndose por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

Comorbilidad Psiquiátrica

En relación a los Síndromes Clínicos, los valores porcentuales alcanzados por los sujetos de la muestra, se encuentran por debajo de los datos obtenidos en otros estudios (Caballero y cols., 2001^{*}; Daniel, 1995⁺; De las Cuevas y cols., 1995[☒]).

Este dato se puede deber a que cuando el objetivo básico de una investigación está dirigido a evaluar la psicopatología de los sujetos, se emplean otros instrumentos de medida diferentes al MCMI, que resultan más específicos, como por ejemplo, el GHQ-28.

Concretamente, entre los estudios que se analizan la proporción de “posibles casos psiquiátricos” (evaluados mediante el GHQ-28) relacionados con el Síndrome de Burnout, se observa un aumento estadísticamente significativo de los niveles de

* Entre los síntomas o patologías destacan los trastornos de ansiedad (20,8%), depresión (6,9%), astenia/apatía (9,7%), insomnio (8,3%) y cefaleas tensionales (4,8%). También fueron referenciados como síntomas relacionados con el trabajo: contracturas musculares, taquicardias, sensación de falta de libertad, pérdida de concentración, despersonalización o eccemas cutáneos.

+ Señala que un 20% de la muestra compuesta por médicos de un hospital general muestran molestias psíquicas o somáticas a consecuencia del Síndrome de Burnout.

☒ Las alteraciones psíquicas más frecuentes fueron: ansiedad (54%), insomnio (18,8%), irritabilidad (14,5%) y cefaleas (9%).

psicomorbilidad, en aquellos profesionales con desgaste profesional, entre los que el porcentaje de afectados aumentaba al 50%, señalando mayor prevalencia de psicomorbilidad a mayor número de dimensiones del Síndrome de Burnout afectadas (Molina y cols., 2003).

De manera más concisa, en un análisis bivariado de las diferentes escalas del MBI y el GHQ-28, se ponen de manifiesto los siguientes resultados: el GHQ-28 correlacionaba positivamente con la dimensión Cansancio Emocional y Despersonalización, y de forma negativa con la Realización Personal en el trabajo, de manera que cuanto mayor era el nivel del Síndrome de Burnout, peor era el estado subjetivo del individuo. En este sentido y, corroborando estos datos, los sujetos considerados como casos (28,8%) presentaban mayor nivel de Síndrome de Burnout (Soto y Santamaría, 2005).

Las frecuencias clínicamente significativas obtenidas, en cada uno de los Síndromes que padecen los profesionales que, diariamente, se encargan de “curar” o, por lo menos, asistir a otras personas son: 10,1% Hipomanía (N=15), 8,8% Trastorno Delirante (N=13), 8,1% Histeriforme (N=12), 7,4% Ansiedad (N=11), 5,4% Neurosis Depresiva (N=8), 4,1% Abuso de alcohol (N=6), 3,4% Pensamiento Psicótico (N=5), 2% Abuso de Drogas (N=3), y 2% Depresión mayor (N=3).

Si bien, se llega a concluir que el Síndrome de Burnout aumenta el riesgo de ausencias futuras debidas a trastornos mentales y de comportamiento, enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y músculo esquelético (Toppinen-Tanner et al., 2005) así como, con un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos, ansiolíticos y un porcentaje superior de bajas laborales por psicomorbilidad (Molina y cols., 2003; Moriana y Herruzco, 2005), se discute lo siguiente: *¿Los sujetos tienen la percepción de que su malestar físico y/ emocional está focalizado únicamente en el ámbito laboral?* Los resultados de los estudios que tienen en cuenta este aspecto no son

rotundos (Caballero y cols., 2001*; De las Cuevas y cols., 1995⁺), siendo difícil precisar si la amalgama psicopatológica que presenta un profesional puede ser considerada causa directa del trabajo, corroborado con los datos obtenidos en este estudio mediante la corrección de un ítem del CVP-35[☒] que evalúa la percepción que tienen los profesionales sobre las consecuencias negativas que el trabajo tiene sobre su salud.

- **Objetivo 8: Relacionar las dimensiones del Síndrome de Burnout con cada uno de los Rasgos-Trastornos de Personalidad y Síndromes Clínicos de gravedad moderada o severa.**

La dimensión Realización Personal en el trabajo no mantiene relación significativa ni con los Rasgos-Trastornos de Personalidad ni con ninguno de los Síndromes Clínicos que un profesional sanitario pueda presentar, evaluados mediante el MCMI-II. Este resultado es similar a otros estudios, aunque se aplican en la evaluación otro tipo de instrumento de medida (por ejemplo, SCL-90), concluyéndose que la Realización Personal presenta ausencia de relaciones significativas con los síntomas psicopatológicos (Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001).

Rasgos-Trastornos de Personalidad

En relación a los Rasgos de Personalidad, los resultados obtenidos indican que a medida que los niveles de Cansancio Emocional aumentan los sujetos tienden a ser mas apáticos, indiferentes, distantes y asóciales (Esquizoide); relacionándose de

* Un 43,9% de los profesionales sanitarios pertenecientes a 22 Equipos de Atención Primaria del Área VI de la Comunidad de Madrid, consideraba haber presentado alguna alteración física o psíquica, a lo largo de su vida laboral, en relación directa con el desempeño de su profesión.

⁺ El 44,7% de los participantes consideraba que experimentaban alteraciones físicas o psíquicas que sospechaban relacionadas con el trabajo, mientras que el 42,7% negaba que su entorno laboral pudiera dar origen alteración alguna (un 8,1% no sabía).

☒ “Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud”: Nada 8,8% (N=13); Algo 31,1% (N=46); Bastante 41,2% (N=61); y Mucho 18,9% (N=28).

manera autosacrificada, permitiendo (incluso, fomentando) que los demás les exploten (autodestructivos). Asociados a las actitudes de Despersonalización, resulta relevante tener en cuenta su relación, con los siguientes Rasgos de Personalidad: Patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza, participando en discusiones interminables (Pasivo-agresivo), adoptando una posición despreciable frente al otro (Autodestructivo) y permaneciendo en guardia ante el temor o desconfianza ante los demás y distanciándose siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas (Fóbico) (Véase Tabla 10.31.).

Entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los Trastornos de Personalidad, es el Trastorno de Personalidad Esquizotípica el que correlaciona de manera significativa con dos de las dimensiones del Síndrome. La relación más fuerte, se establece con las actitudes de Despersonalización ($r_{xy}=0,217$; $p<0,01$) posiblemente porque las excentricidades en su comportamiento son notables y suelen ser percibidos por los demás como extraños o diferentes, mientras que su preferencia por el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales suponga experimentar un mayor Cansancio Emocional ($r_{xy}=0,197$; $p<0,05$) cuando su trabajo les exija cierta involucración y relación con los demás (Véase Tabla 10.32). En otros estudios, la Despersonalización aparece relacionada significativamente con sintomatología delirante o psicótica (Olmedo y cols., 2001)*.

Comorbilidad Psiquiátrica

El Cansancio Emocional se encuentra relacionado con aquellos Síndromes Clínicos que definen un estado de ánimo ansioso-depresivo. Concretamente, las correlaciones que se establecen con esta dimensión (a un nivel de 0,01) son: Ansiedad ($r_{xy}=0,362$), Histeriforme ($r_{xy}=0,357$), Depresión Mayor ($r_{xy}=0,311$) y Neurosis Depresiva ($r_{xy}=0,294$).

* Instrumento de medida SCL-90: Relaciones estadísticamente significativas con Despersonalización: Hostilidad ($r_{xy}=0,262$), Ideación Paranoide ($r_{xy}=0,266$) y Psicoticismo ($r_{xy}=0,233$).

Las asociaciones que establecen se encuentran próximos a los niveles obtenidos en otros estudios (Olmedo et al., 2001*).

Las actitudes de Despersonalización solo mantienen una relación significativa, al nivel 0.01, con Depresión Mayor ($r_{xy}=0,213$), pudiéndose explicar que la frialdad que mantengan estos sujetos, en las relaciones interpersonales, se encuentre asociado al distanciamiento generalizado, e implícito, que aparece en todo proceso depresivo. Por otro lado, toda actitud caracterizada por alejamiento del otro se podría vincular con el abuso de sustancias, rasgos ansiosos o pensamiento psicótico, aunque con estos Síndromes la significación desciende al nivel 0.05.

En este sentido, resulta interesante señalar que la Escala de Variables Predictoras del Síndrome de Burnout, considera que las variables que predice el Síndrome se corresponden con las variables predictoras de la ansiedad y la depresión (Aveni y Albani, 1992). Concretamente, en una muestra de médicos, la variable ansiedad/estado aparece como el factor que explica el mayor porcentaje de la varianza de las dimensiones de Cansancio Emocional (41,9%) y Despersonalización (13,5%) (Moreno-Jiménez y cols., 2005).

La Comorbilidad Psiquiátrica relacionada con el Síndrome de Burnout ha sido ampliamente estudiada en los médicos, encontrándose una elevada prevalencia tanto de enfermedad psiquiátrica (muy superior a la obtenida en estudios sobre la población en general) como del Síndrome (69,2%) en profesionales de medicina de Atención Primaria de un área sanitaria de Madrid. Ambas variables se relacionan entre sí de forma directamente proporcional, de modo que se observa una mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica a mayor número de dimensiones con puntuaciones altas en Síndrome de Burnout (Molina y cols., 2003).

* Instrumento de medida: SCL-90. Relaciones encontradas con Cansancio Emocional: Depresión ($r_{xy}=0,392$), Obsesión-compulsión ($r_{xy}=0,273$), Sensibilidad interpersonal ($r_{xy}=0,242$), Ansiedad ($r_{xy}=0,222$), Hostilidad ($r_{xy}=0,262$) e ideación paranoide ($r_{xy}=0,266$).

En este mismo sentido, en una revisión de la bibliografía sobre médicos residentes señala que la depresión y el incremento de la irritabilidad son frecuentes desde el período de entrenamiento y aprendizaje (Butterfield, 1988), e incluso pueden aparecer signos de conductas obsesivas-compulsivas (Sweet, 2003), problemas de aprendizaje, emocionales, depresión y trastorno bipolar (Takakuwa, Ernst y Weiss, 2002) y abuso de alcohol (Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2002).

Una de las explicaciones aportadas a la psicopatología que presentan los médicos, hace referencia a que durante las últimas décadas el médico ha tenido que enfrentarse al aumento de la instrumentalización y la burocratización de su profesión, por lo que tanto la relación personal como las actitudes hacia los pacientes se han visto afectadas, de manera que estos profesionales se han encontrado sometidos a una mayor presión y mayores riesgos potenciales (como, por ejemplo, denuncias) que han contribuido a un aumento de sus niveles de ansiedad (Pavlát, 2002).

Respecto a la comparación entre diversas especialidades médicas, parece clara la presencia de mayores índices de Síndrome de Burnout entre profesionales con amplio contacto directo con los pacientes, tales como Atención Primaria o especialidades de Salud Mental. Sin embargo, los resultados varían en función de las variables organizativas, de la tarea, individuales o sociolaborales que se incluyan. Parece que se confirma, en diferentes estudios, que la comorbilidad psiquiátrica se predice principalmente por factores como la sobrecarga laboral y el estrés percibido (relacionados positivamente con el Cansancio Emocional), mientras que la satisfacción con el contenido del trabajo actuaría como un moderador (Lert, Chastang y Castano, 2001).

11.2. Conclusiones y discusión: Contrastación de las Hipótesis de trabajo.

En relación a las **DIMENSIONES** del Síndrome de Burnout.

- **Hipótesis 1:** *Si la muestra seleccionada padece Síndrome de Burnout su distribución dimensional se caracterizara por niveles altos en Cansancio Emocional y actitudes de Despersonalización junto a una baja Realización Personal en el trabajo.*

Los profesionales sanitarios del Área 11 de la Comunidad de Madrid, seleccionados por padecer Síndrome de Burnout, presentan el perfil prototípico del mismo, es decir, altos niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización junto a una baja Realización Personal confirmándose la hipótesis.

En comparación con otros estudios españoles realizados en el ámbito sanitario, el número de profesionales que presentan solapadamente las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, así como los porcentajes obtenidos en los niveles característicos de cada una de ellas, son superiores en este estudio. Dicho resultado no es sorprendente (incluso era esperable) teniendo en cuenta que los profesionales han sido seleccionados por padecer el Síndrome.

- **Hipótesis 2:** *El Síndrome de Burnout es un constructo multidimensional integrado por tres dimensiones independientes entre sí (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo).*

Si se analiza el tipo de relación que mantienen las dimensiones entre sí, se observa que aunque el Cansancio Emocional y las actitudes de Despersonalización se asocian de manera directa entre ellas, e inversa con la Realización Personal en el trabajo, los valores alcanzados son bajos, confirmándose la hipótesis de la independencia tridimensional.

No obstante, las dimensiones del Síndrome de Burnout representan una amalgama de síntomas diferentes en cada individuo que, cuando están presentes, se pueden evaluar sin llegar a considerar que los sujetos vayan a experimentar todos los síntomas o que padecer uno de ellos sea premonitor del desarrollo del resto (aunque existan planteamientos teóricos al respecto). Es decir, aunque esta muestra ha sido seleccionada por padecer Síndrome de Burnout, se desconoce el proceso de evolución del Síndrome, en cada individuo, sin poder determinar qué dimensión aparece primero o si, por el contrario, el inicio es súbito con el desarrollo de dos dimensiones o las tres a la vez.

El dato mas interesante en este sentido, es que ningún sujeto de la muestra presenta actitudes despersonalizadas de manera aislada, es decir, para que se den este tipo de conductas el profesional tiene que encontrarse cansado y/o insatisfecho. Por tanto, parece que este tipo de comportamiento frío y distante se activa como un mecanismo para defenderse del malestar emocional y/o los sentimientos de frustración.

En relación a los **DESENCADENANTES** del Síndrome de Burnout

- **Hipótesis 3: *Existe relación entre las Variables Laborales (Puesto y Centro de trabajo) y las dimensiones del Síndrome de Burnout.***

En el análisis de la relación que mantienen cada una de las Variables Laborales estudiadas con las dimensiones del Síndrome de Burnout, se confirma la hipótesis de trabajo en la mayoría de las Variables propuestas (aunque la asociación establecida no sea con las tres dimensiones del Síndrome), excepto para la variable que hace referencia al turno de trabajo, refutando la hipótesis.

Las asociaciones obtenidas indican que la categoría profesional y la presión asistencial, influyen en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización, encontrándose diferencias significativas entre los valores medios alcanzados en los grupos. Respecto a las distintas profesiones, son los médicos los que se muestran más cansados emocionalmente y los auxiliares administrativos los que exhiben mayores actitudes despersonalizadas. Sin embargo, con independencia de la profesión, las puntuaciones medias alcanzadas en Cansancio Emocional y Despersonalización, van aumentando progresivamente según atienden a un mayor número de personas al día.

La situación laboral, cargo directivo y el número de unidades en cada centro, mantienen relación con la Realización Personal que experimenta el profesional en su trabajo, siendo mayor en aquellos profesionales interinos, que hayan ejercido un cargo directivo y que pertenezcan a una unidad.

En relación a las variables del modelo de trabajo y ubicación del centro, no se emite ninguna conclusión comparativa entre sus valores, al no haber sido analizadas las diferencias de medias alcanzadas en los grupos, debido a la desigualdad de sujetos en su composición. Dichas desigualdades indican que el 96,62% de los profesionales sanitarios pertenecen a un Equipo de Atención Primaria (N=143) mientras que el 90,5 (N=134) desempeña su trabajo en el ámbito urbano, por lo que los resultados de la investigación se podrían concretar para profesionales de Atención Primaria pertenecientes a centros de salud urbanos. Puesto que no se ha establecido ninguna línea de discusión, se aportan unas pinceladas para ofrecer la consideración que han tenido en otros estudios.

En relación a la ubicación del centro de salud, se parte de la premisa que en las zonas rurales, el trato profesional sanitario-paciente se suele caracterizar por ser más personalizado y cercano mientras que, en general, el Síndrome de Burnout se asocia con los centros de salud urbanos (Matía, Cordero, Mediavilla y Pereda, 2006). Este

dato se corrobora en este estudio si se tiene en cuenta que la mayor parte de los profesionales de la muestra que padecen el Síndrome se encuentran ubicados en el ámbito urbano. Sin embargo, a modo de curiosidad, resulta llamativo mencionar que en las puntuaciones alcanzadas en cada una de las dimensiones, son los profesionales que se encuentran en el ámbito rural los que alcanzan una puntuación media superior en actitudes de Despersonalización en comparación a la que presentan los profesionales de centros urbanos. Desde una perspectiva sociológica, este resultado se podría explicar porque el límite entre el ámbito urbano y rural en el Área 11 de la Comunidad de Madrid es muy difuso, no reuniendo el ámbito rural las connotaciones propias de su ubicación.

- **Hipótesis 4: La percepción de la Calidad de Vida Profesional de los profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout no alcanzará valores óptimos.**

En el análisis de la Calidad de Vida Profesional queda una vez más manifiesto que los profesionales de Atención Primaria (concretamente, los pertenecientes al Área 11 de la Comunidad de Madrid) no perciben que sus directivos ni la organización en la que se desarrollan profesionalmente se aproximen a sus necesidades de participación y reconocimiento, que las cargas de trabajo son vivenciadas como elevadas y que la principal motivación de los profesionales es la intrínseca, resultado similar a otras investigaciones realizadas en el mismo ámbito (Fernández y cols., 2007; Jorge y cols., 2005; Jubete y cols., 2005; Muñoz-Seco y cols., 2006) confirmándose la hipótesis.

Los resultados obtenidos en el estudio de la correlación de cada una de las dimensiones con la puntuación de la Calidad de Vida Profesional se ajustan al modelo conceptual de la satisfacción laboral descrito por Cabezas (1998, 2000) que se corresponde con un equilibrio entre demandas y recursos del puesto de trabajo. Esta interacción está sustancialmente matizada por las expectativas de los sujetos, entre las cuales, ocupa un lugar preeminente la gestión directiva, puesto que los

profesionales de los centros de salud valoran especialmente los aspectos relacionados con dicha gestión (Palacio, Marquet, Oliver, Castro, Bel y Piñol, 2003). Por ello, no sorprende que sea la dimensión Apoyo Directivo la que más explicación aporte a la Calidad de Vida Profesional.

A su vez, se concluye que la mejor demostración de la validez del constructo del cuestionario utilizado (CVP-35) es que el Apoyo Directivo y la Motivación Intrínseca se relacionan positivamente con la Calidad de Vida Profesional, mientras que las Cargas de Trabajo se relacionan de manera inversa con aquélla. No obstante, una de las limitaciones de nuestro estudio y de todos aquellos que empleen el CVP-35 se debe a que sólo es válido para medir percepciones, sin tener en cuenta las expectativas de los trabajadores, salvo alguna excepción (Clúa y Aguilar, 1998). Aunque el conocimiento de éstas podría ser más importante a la hora de tomar decisiones, el empleo de este tipo de cuestionarios, por parte de las organizaciones sanitarias, debería ser una práctica tan habitual como lo es la utilización de encuestas de satisfacción del usuario, ya que permiten conocer más sobre el estado y la opinión de los trabajadores en relación con su empresa y con su calidad de vida laboral, con el objeto de introducir mecanismo correctores (y no quedarse en un nivel de prevalencia).

Ahora bien, si la organización sanitaria no toma en consideración la opinión de sus profesionales e introduce las medidas correctoras necesarias con cambios eficientes de estilo directivo y aumento de recursos, coincidimos con Jubete y cols. (2005) en la opinión de que el deterioro de la atención prestada y el Síndrome de Burnout serán la evolución natural de la merma continua en la Calidad de Vida de los profesionales de Atención Primaria, teniendo en cuenta que la siguiente hipótesis basada en la relación inversa entre el Síndrome y la Calidad de Vida Profesional se CONFIRMA como en otros estudios (Jorge y cols., 2005; Sobrequés y cols., 2003).

- **Hipótesis 5:** *El Síndrome de Burnout se relaciona de manera inversa con la percepción de la Calidad de Vida Profesional que tienen los profesionales sanitarios.*

La Calidad de Vida Profesional (puntuación global) se relaciona significativamente de manera negativa con los sentimientos de Cansancio Emocional y positiva con el nivel de Realización Personal en el trabajo, cumpliéndose la hipótesis, mientras que con las actitudes de Despersonalización no establece ninguna relación significativa. No obstante, si se atiende al análisis exhaustivo de las dimensiones que configuran el constructo de Calidad de Vida Profesional, la Despersonalización se asocia de manera directa con la percepción de Cargas de Trabajo e inversa con la Motivación Intrínseca.

En este sentido, todos los datos referentes a los aspectos laborales negativos, sobrecarga de trabajo, escaso reconocimiento profesional y falta de identificación con la empresa han sido señalados por otros autores (Clúa y Aguilar, 1998; Galobart, Grau, Sicras y García, 1995; Hidalgo y Díaz, 1994) y se relacionan con insatisfacción, agotamiento y desgaste (Cabezas, 2000), demostrándose una relación positiva entre satisfacción y productividad (consistentemente baja) y negativa entre satisfacción y absentismo (correlaciones moderadas) estando moduladas todas esas relaciones por diversos factores externos (Cabezas, 2000).

En relación a los **FACILITADORES** del Síndrome de Burnout

- **Hipótesis 6:** *Existe relación entre las Variables Personales (Sociodemográficas) y las dimensiones del Síndrome de Burnout.*

Del conjunto de Variables Personales estudiadas se concluye que el estado civil y la antigüedad en el puesto de trabajo se relacionan con las dimensiones del Síndrome de Burnout, confirmándose para dichas variables la hipótesis. Sin embargo, el sexo, la

edad y el número de hijos no presentan diferencias significativas en ninguna de las dimensiones.

Concretamente, en relación al estado civil y la antigüedad en el puesto de trabajo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización, apuntando que los profesionales sanitarios que tienen pareja se encuentran más cansados emocionalmente (frente a los que no la tienen) y que, a mayor tiempo de desarrollo en la profesión, los sanitarios experimentan menos actitudes de Despersonalización.

En conclusión, respecto al sistema familiar, aquellos profesionales sanitarios que tienen pareja se presentan más cansados emocionalmente que los que no la tienen. En este sentido, más que el hecho de tener o no tener pareja como variable estudiada y analizada, sería más enriquecedor conocer la percepción que tiene el sujeto del apoyo que recibe de su pareja para poder llegar a considerar esta variable como de protección o de riesgo. A su vez, en este estudio el número de hijos no se relaciona de manera significativa con ninguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout pero en el caso de que hubiera sido así, se plantearía el mismo debate, es decir, más que el número cuantitativo del número de hijos lo realmente importante sería el análisis cualitativo de la calidad de las relaciones materno/paterno-filiales.

En relación a la variable que analiza haber estado de baja laboral, no se establece ninguna conclusión relevante sobre las posibles diferencias, debido a la disparidad cuantitativa, entre los dos grupos de profesionales que habían estado de baja frente a los que no (durante los últimos 6 meses desde la fecha en la que se realizó la investigación). No obstante, el estudio de esta variable se considera relevante, puesto que el Síndrome de Burnout se ha considerado, por un lado, como un predictor de ausencias laborales, en diferentes ámbitos laborales (Mariana y Herruzco, 2005; Toppinen-Tanner et al., 2005) llegándose a establecer correlaciones específicas con

las dimensiones (Iverson et al., 1998; Firth y Britton, 1989) y por otro, se le asocia a un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos, así como un porcentaje superior de bajas laborales por psicomorbilidad (Grau y cols., 2005; Molina y cols., 2003; Moriana y Herruzco, 2005).

- **Hipótesis 7:** *La estructura de Personalidad de los profesionales sanitarios que padecen Síndrome de Burnout presentará algún Rasgo-Trastorno característico así como un nivel significativo de Síndromes clínicos de gravedad (moderada y/o severa).*

En relación a la estructura de personalidad se concluye que los profesionales sanitarios que presentan Síndrome de Burnout se caracterizan por Rasgos Compulsivos ascendiendo la significación en un 71,6% (N=106) de los sujetos que conforman la muestra, por lo que se puede confirmar la hipótesis. Sin embargo, para lo referente a los Trastornos de Personalidad y Comorbilidad Psiquiátrica se refutaría por considerarse que los niveles obtenidos no alcanzan representatividad (mayores porcentajes: 12,8% Trastorno Paranoide y un 10,1% Hipomanía).

- **Hipótesis 8:** *El Síndrome de Burnout se relaciona significativamente con la Personalidad (Rasgos y Trastornos) y Comorbilidad Psiquiátrica (síndromes clínicos) que presentan los profesionales sanitarios.*

La Realización Personal en el trabajo no mantiene ningún tipo de relación significativa con la personalidad o psicopatología, evaluados mediante el MCMI-II, por lo que para esta dimensión no se cumpliría la hipótesis.

En relación a esta conclusión, existe un amplio consenso en considerar la dimensión Realización Personal en el trabajo, más como un factor independiente que como una dimensión interna del Síndrome, es decir, sería mas bien consecuencia del desgaste profesional (Shirom, 1989) o un modulador cercano al constructo de autoeficacia

(Salanova, Grau, Llorens y Schaufeli, 2001; Salanova y Schaufeli, 2005). Probablemente, esta circunstancia en la profesión médica es especialmente clara, ya que los profesionales inmersos en un proceso de desgaste profesional no ven afectadas tanto sus competencias técnico-instrumentales (exploración, diagnóstico y tratamiento) como las motivacionales (Álvarez, 2002) y psicosociales (expectativas profesionales, relaciones interpersonales en el trabajo, etc.) (Sobrequés y cols., 2003).

En relación a la estructura de Personalidad, el Cansancio Emocional se relaciona directamente con los Rasgos Esquizoide y Autodestructivo, mientras que los Rasgos Pasivo-agresivo, Autodestructivo y Fóbico lo hacen con la exhibición de actitudes despersonalizadas. Dichas correlaciones no superan una correlación de 0.3, aunque su nivel de significación es inferior a 0,01. A su vez, ambas dimensiones presentan una asociación positiva con el Trastorno de Personalidad Esquizotípica.

En atención a la Comorbilidad Psiquiátrica, el Cansancio Emocional se relaciona con los Síndromes Clínicos que se caracterizan por presentar ansiedad y un estado de ánimo deprimido (Ansiedad, Histeriforme, Depresión Mayor y Neurosis Depresiva), mientras que las actitudes de Despersonalización correlacionan directamente con Depresión Mayor y, de manera más débil, con Abuso de sustancias (Alcohol y/o Drogas), Ansiedad o Pensamiento Psicótico, siendo todas las asociaciones inferiores a 0.3.

En conclusión, los resultados obtenidos mediante el MCMI-II no resultan representativos, de manera general en este estudio, atendiendo a su nivel de significación. La explicación que se ofrece es que el instrumento de medida empleado está basado en muestras clínicas, siendo su aplicación restringida solamente a personas con evidentes síntomas psicológicos, de ahí que se eligiera este inventario al partir de una

muestra con Síndrome de Burnout, como se ha hecho en otros estudios con distintos diagnósticos (Fernández y Díaz, 2001*).

Por tanto, se podría discutir si el MCMI-II es demasiado riguroso con las puntuaciones de corte diseñadas para maximizar las clasificaciones diagnósticas correctas, “verdaderos positivos”, reduciendo al mínimo posible los “falsos positivos” o, por el contrario, la muestra está siendo diagnosticada de una “supuesta” enfermedad, debiéndose haber usado otro tipo de cuestionario de personalidad para población “normal”, por ejemplo, el Millon Index of Personality Styles (MIPS) como Inventario de Estilos para Personalidad normal (Millon, 1994), en su adaptación española (Sánchez, Díaz y Aparicio, 2001) cuando el objeto de estudio son los estilos de personalidad de sujetos sin diagnosticar (Aparicio y Sánchez-López, 1999a, 1999b).

* Aplicaron el MCMI-II con el objetivo de estudiar si los estilos de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos se relacionaban con los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos, así como determinar el perfil obtenido por la muestra.

“Necesitamos una nueva forma de pensar para resolver los problemas causados por el viejo modo de pensar”.

(A. Einstein)

Capítulo 12

REFLEXIONES CRÍTICAS Y PROPUESTA DIAGNÓSTICA sobre el Síndrome de Burnout

12.1. Reflexiones Críticas.

Para finalizar esta Tesis Doctoral, he de exponer que después de haber estado tantos años dedicada al estudio del Síndrome de Burnout concluyo que, tras revisar la amplia bibliografía (teórica y empírica) centrada en este Síndrome y los resultados obtenidos en la investigación, son muchas las limitaciones encontradas que imposibilitan poder otorgarle una entidad nosológica propia, a pesar de que alcance un reconocimiento social, e incluso legal.

En este sentido, la falta de datos congruentes en relación a las Variables Personales y Laborales que inciden en el Síndrome de Burnout, así como la falta de consenso en su origen y mantenimiento (y, por tanto, en su prevención), deberían plantear por lo menos la reflexión que quizás se está partiendo de un constructo al cual se le está tratando de dotar de realidad, cuando la explicación puede encontrarse en profesionales que padecen trastornos psicopatológicos, ya sea depresión, ansiedad, adaptativo o trastorno de personalidad, y no Síndrome de Burnout.

Esta cuestión ya fue formulada, a modo de pregunta: *¿Por qué hablamos de burnout, o de “profesionales quemados”, y no de “trastornos psicopatológicos de los profesionales?”* (Tizón, 2004). Para dar respuesta, de manera personal, señalaría que la etiqueta de Síndrome de Burnout recibe buena aceptación social (y más para aquellos profesionales que se dedican a “cuidar”). En este sentido, seguiría el mismo planteamiento de Maslach y Jackson (1986) para explicar que los afectados se identifican con facilidad con este término descriptivo que carece del efecto estigmatizador de otros diagnósticos psiquiátricos.

A este respecto sobre el uso del término Burnout, aunque expresado de otra manera, cito literalmente las cuestiones planteadas por Tizón (2004), las cuales se encuentran en la misma línea que las reflexiones que expongo: *“¿No será que nos duele decir de*

nosotros mismos y de nuestros compañeros que están o estamos deprimidos, ansiosos, con problemas relacionados o de relación en el trabajo irresolubles? ¿o es que el trabajador manual o ejecutivo de altos vuelos, pueden estar deprimidos, ansiosos o, en general, padecer trastornos psicopatológicos y nosotros, los miembros de las profesiones asistenciales, necesitamos una terminología especial?”.

Ha quedado patente que entre los profesionales de la salud se han indicado tasas de alcoholismo, adicción a drogas, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio superiores a las de la población general (Mingote y Pérez, 1999; Pilowski y O’Sullivan, 1989), por lo que se demuestra que no están exentos de padecer trastornos físicos y psicológicos. Entonces por qué se emplea Síndrome de Burnout, citando de nuevo a Tizón (2004): *“¿Es por necesidad científica, para describir nuevos fenómenos o por puro narcisismo de grupo, para no sentirnos heridos por la crudeza de la verdad de que nosotros también podemos padecer trastornos mentales, como el resto de la población o, tal vez, con una incidencia ligeramente superior?”.* Personalmente, creo que no hay una mejor manera de explicar una de las funciones del vocablo Burnout, defendiendo la utilidad (y necesidad) de diagnosticar los trastornos por su identidad (depresivo, ansiedad, adaptativo o el que corresponda).

En conclusión, no sólo es difícil establecer las variables que están asociadas al Síndrome de Burnout, sino que se parte de un término en el que falta unanimidad tanto para denominarlo como para definirlo, planteando incluso limitaciones su instrumento de medida. Respecto a estos dos puntos, se reflexiona sobre las críticas relacionadas tanto en su denominación como instrumento de medida, reservando para el final los aspectos relacionados con el diagnóstico, a modo de propuesta.

12.1.1. En relación a la denominación: Síndrome de Burnout.

En la revisión bibliográfica, se encuentra que existen al menos diecinueve denominaciones diferentes, en español, para aludir a la patología denominada en inglés “Burnout Syndrome” (Gil-Monte, 2003). Por tanto, si se entiende que la denominación de cualquier fenómeno es un referente fundamental para comprenderlo y caracterizarlo, en el caso del Síndrome de Burnout resulta verdaderamente complicado, puesto que el empleo de diferentes denominaciones para el mismo fenómeno (aunque sean sinónimos) puede llevar a la idea de que se trabaje sobre cosas diferentes, dificultándose la investigación y la integración de conocimientos en un campo de estudio.

Es más, concretamente, en el lenguaje científico, existe un agravante ya que el término que se emplee para denominar un concepto se relaciona sobre todo, y de manera especial, con la función representativa del lenguaje cuya finalidad es la de transmitir conocimientos, por lo que la precisión constituye la cualidad más importante del lenguaje científico. Esta característica del lenguaje científico está relacionada, en buena medida, con la precisión de los términos empleados para la elaboración del mensaje, y peligra tanto más cuanto mayor sea la sinonimia, la polisemia y la homonimia que contengan estos términos (Gutiérrez, 1998).

Un intento por superar la limitación que presenta las múltiples denominaciones de este Síndrome lo planteó Gil-Monte (2003), el cual hace un llamamiento a la unidad de la lengua y propone utilizar el término “Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)” para aludir en español al “Burnout Syndrome”, sin tener éxito a la luz de investigaciones posteriores, entre las cuales incluyo la presente.

En esta tesis, la denominación que se ha empleado es SINDROME DE BURNOUT, justificando que haya sido así por las siguientes razones:

- Síndrome: Porque se considera que está formado por un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad; y
- Burnout: Por una cuestión práctica, es decir, en el ámbito científico, son muy importantes los términos que se utilizan en los estudios, puesto que las búsquedas de literatura se realizan mediante el rastreo de los términos que aparecen, por regla general, en el título o en las palabras clave. Por tanto, al estar muy extendido la utilización del término “Burnout” entre los investigadores, el objetivo ha sido facilitar la localización de este estudio en la literatura.

No obstante, a pesar de haber utilizado durante toda la investigación la denominación de Síndrome de Burnout, se señalan determinadas críticas relacionadas con los dos términos que le dan nombre:

- En relación al término “Síndrome”:

En la denominación del Síndrome de Burnout, se recomienda emplear el término “Síndrome”, porque ayuda a la comprensión del fenómeno, da información sobre su naturaleza al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas y, de cara al diagnóstico, informa sobre la necesidad de identificar y evaluar los síntomas que componen la patología para poder diagnosticarlo adecuadamente (Gil-Monte, 2003).

Anteriormente, se ha expuesto que el término Síndrome implica un conjunto pero, en el caso del Síndrome de Burnout, se considera que tal y como está planteado, sería adecuado únicamente en un nivel descriptivo de los síntomas pero no en el

diagnóstico, puesto que se puede diagnosticar con la presencia de una de las tres dimensiones que lo configuran. Es decir, si un sujeto experimenta, de manera aislada, alguna de sus tres dimensiones se considera que lo padece. Obviamente, se entiende que no se pueden equiparar los signos y síntomas derivados de estar cansado emocionalmente a los de manifestar actitudes despersonalizadas o no sentirse realizado personalmente en el trabajo pero, independientemente de la dimensión afectada, los sujetos recibirían la misma etiqueta: Síndrome de Burnout.

- En relación al término “Burnout”:

Se considera que es una cuestión a debatir el monopolio del término “Burnout” primordialmente para la esfera laboral, cuando hay autores que lo han descrito en situaciones alejadas del trabajo, como atletas o deportistas (Cebrià, 2003; Garcés de los Fayos y Cantón, 1995; Fender, 1989), relaciones maritales (Cebrià, 2003; Pines, 1988) y parentales (Procaccini y Kiefaber, 1983).

E incluso, dentro de la esfera laboral tampoco existe acuerdo, en relación a dos puntos importantes: 1) Si afecta a todas las profesionales por igual y; 2) La dilatación temporal en el ejercicio de la profesión para estimar la aparición del Síndrome, como se ha podido comprobar en la exposición del marco teórico.

No obstante, respecto a estas dos preguntas que aluden a la profesión y la temporalidad asociadas al Síndrome de Burnout la mejor respuesta sería el denominado “Síndrome del psiquiatra principiante”* (Margison, 1987), el cuál delimita a quién y cuándo afecta. Pero el Síndrome de Burnout pretende ser más genérico, por lo que sus autores ofrecen explícitamente la reelaboración teórica y operacional del

* Dicho Síndrome hace referencia al estrés de aparición muy temprano en el ejercicio de la profesión y que consiste en experimentar síntomas neuróticos transitorios y síntomas psicósomáticos que son considerados como distresantes, aunque necesarios, como experiencias formativas en el desarrollo del psiquiatra como profesional, ya que mediante una sobreidentificación con los pacientes, el psiquiatra en formación, se cuestiona su propio desarrollo, madurez y mecanismo de defensa.

Síndrome aplicado a todo tipo de profesiones (no solo asistenciales), concibiéndose como una crisis en las relaciones con el propio trabajo, sin que se especifique necesariamente una crisis en las relaciones con las personas en el trabajo (Maslach et al., 1996), proponiendo tres versiones.

12.1.2. En relación al instrumento de medida del Síndrome de Burnout: MBI.

En relación al instrumento de medida, el MBI es el que más aceptación ha tenido en el campo de la medición del Síndrome de Burnout y el más utilizado. Por ejemplo, en los años ochenta, se había aplicado en más del 90% de los estudios empíricos del Síndrome en el mundo, monopolizando de esta manera el campo de su evaluación (Maslach y Jackson, 1981, 1986), aunque no está exento de debilidades (Olivares y Gil-Monte, 2009) (Véase Tabla 12.1.).

Tabla 12.1. Fortalezas y debilidades del MBI.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Gran aceptación internacional. • Apoyo empírico de la estructura factorial. • Evidencia de validez concurrente. • Evidencia de validez divergente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en el alcance conceptual. • Dificultad en la forma de operacionalizar el concepto. • Reducida claridad en la definición de los síntomas. • Confusa composición gramatical de las traducciones. • Escaso dominio público del instrumento. • Problemas en el alcance conceptual del Cansancio Emocional. • Dificultades en los resultados obtenidos con la presentación en positivo de los ítems que evalúan baja Realización Personal en el trabajo. • Cuestionable estructura factorial. • Ambigüedad factorial de algunos ítems. • Los valores alfa de Cronbach de las escalas. • La creación de modelos teóricos diferentes derivados de las distintas versiones del MBI (MBI-ES, MBI-GS). • La falta de validez discriminante. • Dificultades en las normas de diagnóstico. • Las escasas referencias a los aspectos cognitivos, conductuales y motivacionales.

Desde esta perspectiva dominante del MBI y de la definición tridimensional que lo acompaña, se podría cuestionar lo siguiente ¿*El Síndrome de Burnout es lo que mide el MBI?* o ¿*El MBI es lo que mide el Síndrome de Burnout?* Ninguno de los dos planteamientos sería sostenible bajo el prisma actual de estudio del fenómeno (Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen, 2005), puesto que un constructo y su medida son aspectos metodológica y epistemológicamente diferentes (Moreno-Jiménez, 2007).

Respecto a las características psicométricas, se han señalado los problemas derivados de utilizar criterios poblacionales como puntos de corte del Síndrome (Gil-Monte, 2005; Mingote, Moreno, Gálvez y Garrosa, 2005), o la baja consistencia interna de la dimensión Despersonalización en muestras no anglosajonas (Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles, 1997).

En consecuencia, en la actualidad, se están planteando nuevas perspectivas de evaluación que superen algunas de las limitaciones conceptuales y psicométricas de este instrumento, desarrollándose nuevos instrumentos en Europa que suponen una reconceptualización del Síndrome, como el *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), cuya última versión evalúa el desgaste profesional en tres dimensiones relacionadas con aspectos personales, del paciente y del trabajo (Kristensen et al., 2005); o el *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) que incluye sólo dos dimensiones: Agotamiento y falta de compromiso con el trabajo (Bakker, Demerouti y Verbeke, 2004).

Concretamente, en España, el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT) (Gil-Monte, 2005) propone veinte ítems que se agrupan en cuatro dimensiones: Desgaste psíquico (4 ítems), Indolencia (6 ítems), Culpa (5 ítems) e Ilusión por el trabajo (5 ítems). Desde un planteamiento que incluya la desilusión progresiva (Edelwich y Brodsky, 1980) o la pérdida del sentido del trabajo

y las expectativas (Pines et al., 1981), entre otros, se creó el Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM) (Moreno-Jiménez, Gálvez, Garrosa y Mingote, 2006).

12.2. Propuesta Diagnóstica.

Es indiscutible que el trabajo puede ser una fuente de bienestar o malestar en el desarrollo integral de las personas, pero *¿Se puede hablar de un “Síndrome de desgaste profesional”?* Esta pregunta ya la formuló Cabezas (1998) invitando a que se siguiera investigando sobre el tema, señalando que para “quemarse” en un trabajo es necesario haber estado altamente implicado en él y que se produzca una discrepancia importante entre las expectativas individuales y la realidad de la vida laboral. En esta misma línea, en el modelo de Pines (1993) se define el Síndrome de Burnout como el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de un sentido existencial (a su trabajo) en sujetos altamente motivados.

Ante estos planteamientos los interrogantes son: *¿No nos podemos desgastar en todas las esferas de la vida? ¿No nos desilusionamos con otros proyectos personales o en nuestras relaciones familiares, sociales y sentimentales?* Con estas preguntas, el objetivo es dejar patente que no se puede “adaptar” un síndrome *ad hoc* a cada situación que genere malestar a una persona por no corresponderse la realidad con sus expectativas, entre otras razones, porque sería inviable. Por tanto, es la persona la que padece un Trastorno Adaptativo (síntomas emocionales o conductuales clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables), especificando el cuadro sintomático (estado de ánimo deprimido y/o ansiedad con/sin trastorno del comportamiento) e identificando el tipo de estresor en relación con el diagnóstico clínico principal.

Esto solo se puede alcanzar si se establece un Diagnóstico Multiaxial, el cual implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados, siendo una de sus ventajas*, en comparación al formato no axial. En la clasificación multiaxial DSM-IV (APA) se incluyen cinco ejes (Véase Tabla 12.2.)

Tabla 12.2. Ejes de la clasificación multiaxial (DSM-IV).

Eje I Trastornos clínicos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II Trastornos de la personalidad
Retraso mental
Eje III Enfermedades médicas
Eje IV Problemas psicosociales y ambientales
Eje V Evaluación de la actividad global (EEAG)

Por tanto, considero que son dos los ejes fundamentales (I y IV) para diagnosticar los problemas emocionales y/o comportamentales de una persona, circunscritos en su ámbito laboral (al margen de los diagnósticos que cada sujeto pudiera presentar en los Ejes II y III). En concreto:

- Eje I: Trastorno Adaptativo; y
- Eje IV: Problemas laborales, especificándose en cada caso (por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo).

* Ventajas: Facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta; Proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico; y promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

No obstante, en relación al diagnóstico multiaxial, señalo que en la perspectiva teórica del modelo de personalidad de Millon, seguido en este estudio, cobra especial relevancia la dinámica interactiva que se establece entre los distintos ejes, con especial atención al papel preponderante del Eje II (Trastornos de personalidad) en la génesis, determinación o al menos precipitación de los síndromes del Eje I (Trastornos clínicos), más transitorios y transversales, por lo que se debería tener muy en cuenta en el diagnóstico.

En este sentido, considero que la otra propuesta diagnóstica del DSM-IV, codificada en el Eje I como Problema Laboral, englobado en otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, resulta demasiado general al no concretar de manera específica la amalgama psicopatológica que presenta la persona. Sin embargo, desde este trabajo quiero resaltar lo interesante que me resultan los ejes que fueron propuestos para su posible inclusión en el DSM-IV, por la relevancia para la conclusión final de este estudio (pp. 767-777 del DSM-IV). Apéndice B del DSM-IV) ya que proponen establecer en el diagnóstico el tipo de mecanismos de defensa* que tiene el sujeto, así como evaluar el nivel de actividad relacional, y social y laboral, mediante las Escalas de Evaluación de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR⁺) y de la social y laboral (EEASL[☒]).

* Los mecanismos de defensa (o estrategias de afrontamiento) son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo. El individuo suele ser ajeno a estos procesos y a su puesta en funcionamiento. Los mecanismos de defensa median las reacciones personales frente a conflictos emocionales y amenazas de origen interno y externo. Estos mecanismos de defensa han sido divididos conceptual y empíricamente en grupos denominados niveles de defensa.

⁺ La EEGAR puede utilizarse para emitir un dictamen global de las relaciones familiares (o de cualquier otro tipo de relación grupal) que hipotéticamente confeccionarían un aspecto continuo que iría desde un sistema de relación competente hasta un tipo deestructurado y disfuncional, de forma análoga al Eje V (Escala de evaluación de la actividad global) del DSM-IV. La EEGAR permite al clínico calibrar el grado en que cada uno de los miembros de la familia (o de cualquier otra relación grupal) reúne los requerimientos afectivos o instrumentales en las siguientes tres áreas: 1) Resolución de problemas; 2) Organización; y 3) Clima emocional.

☒ La EEASL es una nueva escala que difiere de la EEAG por el hecho de ocuparse exclusivamente del nivel individual de la actividad social y laboral del individuo, no dependiendo directamente de la gravedad global de sus síntomas psicológicos. Asimismo se diferencia por el hecho de considerar la posibilidad de que cualquier deterioro de la actividad social o laboral pueda obedecer a una enfermedad médica. La EEASL suele emplearse para efectuar la evaluación del momento actual (por ejemplo, nivel de dichas relaciones en el momento de la evaluación), aunque también se utiliza para valorar períodos pasados.

12.3. Conclusiones Finales.

12.3.1. En relación al Diagnóstico.

En el desarrollo integral de toda persona tienen relevancia los factores externos (familiares, sociales y laborales) e internos (personales), los cuales están en continua interrelación y contribuyen a su salud o enfermedad mental. Obviamente existen determinantes que se pueden considerar factores de riesgo en el proceso de enfermar, los cuales están presentes en todos los ámbitos de desarrollo (personal, familiar, social y laboral), es decir, al igual que hay situaciones laborales que por definición pueden facilitar el desencadenamiento o agravamiento de trastornos mentales, existen familias que hacen enfermar, relaciones sentimentales patológicas, rasgos de la personalidad desadaptativos, entre otros, de ahí que sea de vital importancia evaluar al individuo de una manera holística.

Es más, en esta muestra de profesionales que padecen Síndrome de Burnout, únicamente un 18,9% (N=28) percibe que su trabajo tenga muchas consecuencias negativas sobre su salud (evaluado mediante el ítem del CVP-35: "Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud"), corroborando la debilidad de este Síndrome específico y circunscrito a un ámbito de la vida (laboral).

Por tanto, encuadrar y justificar este Síndrome dentro de los Trastornos Adaptativos del DSM-IV, ha sido un reto profesional (y personal) ya que si tenía en cuenta las dimensiones de Cansancio Emocional y Realización Personal en el trabajo los criterios diagnósticos que adquirirían más fuerza eran los relacionados con los trastornos relacionados con el estado de ánimo, mientras que las actitudes de Despersonalización se asociaban a la clasificación diagnóstica de los trastornos de personalidad. Pero tratando de tener en cuenta la configuración tridimensional del Síndrome de Burnout y los planteamientos que lo definen como un desequilibrio entre

las expectativas que una persona deposita en su trabajo y la realidad a la que se enfrenta, son los criterios diagnósticos del Trastorno Adaptativo (Eje I) junto a la asociación con los problemas laborales (Eje IV) el que mejor puede englobarlo.

La intención de esta propuesta no es que se considere el Síndrome de Burnout como un tipo de Trastorno Adaptativo, sino todo lo contrario. Es decir, este diagnóstico vendría a sustituir al popular Síndrome de Burnout. Desde este estudio, no se invita a establecer futuras líneas de investigación al respecto porque carece de sentido seguir alimentando un concepto que evita llamar a las cosas por su nombre y, por tanto, intervenir eficazmente, aunque soy consciente que este trabajo engorda la estadística de publicaciones sobre el famoso Síndrome.

No obstante, me parece muy interesante resaltar llegados a esta punto que en entre las modificaciones que se proponen en la quinta edición del DSM (prevista su publicación para el año 2013), NO se incorpore el Síndrome de Burnout, cuando son muchos los cambios a los que nos tendremos que enfrentar los profesionales de la Psicología con la incorporación de nuevos diagnósticos y transformación de determinados criterios, fruto de una exhaustiva investigación a nivel científico, aunque no exenta de críticas.

12.3.2. En relación al Tratamiento.

A nivel terapéutico, quiero exponer cierta inquietud en relación al verdadero daño que la identificación con un concepto mal explicado y medido (y, por tanto, entendido) puede ocasionar. En este sentido, sitúo el mayor riesgo en que aquellos profesionales que reciben el diagnóstico de Síndrome de Burnout identifiquen el foco de sus problemas en el exterior y no en ellos mismos, entonces *¿Las personas que han sido*

“diagnosticadas” de Síndrome de Burnout acuden a tratamiento psicológico? ¿En caso de hacerlo, cómo sería su proceso terapéutico?

Para finalizar, dedico las siguientes líneas a mi particular visión de lo que entiendo por un proceso terapéutico:

Cuando una persona decide realizar una llamada telefónica para solicitar una orientación psicológica y concreta una cita, nos encontramos en el origen del proceso terapéutico, iniciándose en el momento que atraviesa la puerta de la consulta. A partir de ese momento, todo es importante, tenemos que cuidar al paciente y la relación, por lo que debemos estar atentos a nuestro saludo, nuestra voz, nuestros gestos... y, en contrapartida, observar el comportamiento no verbal de esa persona que tenemos delante y de la que, por ahora, no sabemos nada pero que nos transmite cómo se está sintiendo, cómo la estamos haciendo sentir.

Esta persona ha decidido acudir a sesión porque tiene un problema y cree que necesita ayuda. En un primer momento, no voy a valorar la magnitud del problema sino el grado de involucración que vive y transmite el paciente respecto al problema. En ocasiones, el problema manifiesto puede no aparentar gravedad pero creo que cuando alguien decide sentarse delante de otra persona (psicólogo sí, pero persona) para confiarle sus preocupaciones, sus incapacidades, sus miedos,... existe en la base de la persona dificultades importantes aunque las oculte bajo un disfraz o proteja bajo una armadura.

Un aspecto fundamental es la definición del problema que nos plantee el paciente ya que, en cierta forma, es su “carta de presentación”. Es, en este punto, donde tenemos que valorar qué grado de responsabilidad asume en esta problemática su principal actor. Aquí la premisa básica sería que cada persona sabe qué es lo que le hace daño o qué le preocupa, e incluso, que es lo que debe hacer, pero lo que no sabe es lo que le frena para ponerlo en práctica y ahí es dónde entra la acción del terapeuta. Nuestro camino debe ir orientado a despertar aquellas habilidades dormidas o desconocidas para el paciente, porque en él están las respuestas de

sus preguntas, pero necesita una luz en su camino oscuro. Con esto quiero decir que el problema no puede ser vivido como algo externo, sino que el paciente es un sujeto activo, ya sea en el origen o en el mantenimiento del problema, sólo de esta forma, el paciente estará interesado en producir cambios. Metafóricamente, el terapeuta mantendrá pulsado el interruptor que activa el proceso, en el que el paciente, tiene la responsabilidad.

Desde este planteamiento, invito a los lectores a que establezcan sus hipótesis sobre los resultados terapéuticos que se pueden alcanzar con un paciente al que se le ha etiquetado padecer Síndrome de Burnout, tal y como se ha debatido (sin tener en cuenta las particularidades de cada sujeto). *¿Éxito o fracaso?*

No obstante, se han llevado a cabo intervenciones psicológicas dirigidas a colectivos profesionales que presentan alguna o todas las dimensiones del Síndrome de Burnout, destacando que el denominador común de todas ellas sea generar cambio en el propio individuo. Es decir, dotar a las personas de estrategias o herramientas eficaces para que sean capaces de ADAPTARSE a aquellas situaciones que perciben altamente estresantes (en este caso, en su ámbito laboral) a fin de eliminar (o por lo menos reducir) la sintomatología psicopatológica que presentan. Por tanto, como profesional de la psicología que acude a los manuales científicos de los que dispone definiendo el diagnóstico de Trastorno Adaptativo, por encima de determinadas etiquetas socialmente aceptadas, como es el Síndrome de Burnout.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, A. (1986). *El enseñante es también una persona: un inédito enfoque interdisciplinario que arroja nueva luz sobre la condición íntima del educador*. Barcelona: Gedisa.
- Abu-Hilal, M. y Salameh, K. (1992). Validity and reliability of the Maslach Burnout Inventory for a sample of non-western teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 52 (1), 161-169.
- Acámer, F., López, C. y López-Torres, J. (1997). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 16, 22-28.
- Albadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española Salud Pública*, 78, 505-516.
- Alonso, E. y Pozo, C. (2001). Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17, 273-294.
- Alonso, M., Iglesias, A. I. y Franco, A. (2002). Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención Primaria*, 30, 483-489.
- Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.
- Álvarez, A. M., Arce, M. L., Barrios, A. E. y Sánchez de Coll, A. R. (2005). Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 141 (Enero), 27-30.
- Álvarez, E. (2002). La falta de recursos humanos produce desmotivación en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 22, 321.
- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991a). El síndrome de Burnout o desgaste emocional (I). Revisión de Estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-261.

- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991b). El síndrome de Burnout o desgaste emocional (II). Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. Revisión de Estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 261-267.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders* (1a. ed.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders* (2a. ed.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders* (3a. ed.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders* (3a. ed. rev.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association. (*DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.) (2000). Barcelona: Masson).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders* (4a. ed. rev.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association.
- Anaya, J. L., Ortiz, A. C., Panduro, D. R. y Ramírez, G. (2006). Síndrome de “quemazón” (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Atención Primaria*, 38, 467-468.
- Anderson, M. e Iwanicki, E. (1984). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Education Administration Quarterly*, 20 (2), 109-132.

- Andujar, A., Vallés, O., Casanova, J., De los Riscos, M. y Modesto, R. (2008). *Burnout en el personal del turno de noche. Una aproximación demográfica y laboral*. En Comunicaciones presentadas al XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN). Disponible en [http://www.revistaseden.org/files/2024_93\[2\].pdf](http://www.revistaseden.org/files/2024_93[2].pdf).
- Aparicio, M. E. y Sánchez-López, M.P. (1999a): Medida de la personalidad a través del Inventario Millon de Estilos de Personalidad en España y México. *Revista Mexicana de Psicología*, 16.
- Aparicio, M. E. y Sánchez-López, M.P. (1999b): Los estilos de personalidad: Su medida a través del inventario Millon de estilos de personalidad. *Anales de Psicología*, 15 (2), 191-211.
- Ariazeta, A., Portillo, I. y Avestrán, S. (2001). Cambio organizacional y cultural en un hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. *Revista Calidad Asistencial*, 16, 22-32.
- Arón, A. M. y Milicic, N. (2000). Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (3), 447-466.
- Arranz, P., Torres, J., Cancio, H. y Hernández, F. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 4 (6), 302-311.
- Artiga, A. (2000). La enfermería ante el síndrome de burnout. Estudio comparativo entre atención primaria y atención especializada. *Enfermería Científica*, 220, 11-16.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Ávila-Espada, A. y Jiménez, F. (1998): *Manual MCMI-II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: Tea Ediciones.
- Ávila-Espada, A. y Jiménez, F. (1999): *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. Madrid: Tea Ediciones.

- Aveni, M. y Albani, F. (1992). The burnout syndrome in the helping professions: A study of socio-sanitary staff working with the elder persons in different geriatric services in Lombardy area. En J. M. Via y E. Portella (Comp.). *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía* (Vol. 1). Barcelona: S. G. Editores.
- Ayuso, J. y López, J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46.
- Bakker, A., Demerouti, E. y Verbeke, W. (2004). Using the job demands resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43, 83-104.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M. y Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115 (2), 243-267.
- Beck, A. T. (1967). *Depression*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, D. F. (1987). Counselors burnout in family service agencies. *Social Casework*, 68 (1), 3-15.
- Beehr, T. A. (1985). The role of social support in coping with organizational stress. En T. A. Beehr y R. Bhagat (Eds.): *Human stress and cognition in organizations* (pp.58-93). Nueva York: Wiley.
- Belcastro, P. A. Gold, R. S. y Hays, L. C. (1983). Maslach Burnout Inventory: Factor structures for samples of teachers. *Psychological Reports*, 53, 364-366.
- Belloch, S. L., Renovell, V., Calabuig, J. R. y Gómez, L. (2000). Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *Anales de Medicina Interna*, 17 (3), 118-122.
- Bernaldo de Quirós-Aragón, M. y Labrador-Encinas, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 323-335.
- Blanco, A. (2000). Presente y futuro de la tecnología de la información en el sector sanitario. *Revista Calidad Asistencial*, 15, 271-274.

- Blasco, F. J., Irlles, J. A. y Huet, J. (1996). Satisfacción laboral y estresores profesionales en los intensivistas españoles: resultados de una encuesta. *Todo Hospital*, 12, 35-40.
- Blostein, S., Eldridge, W., Kilty, K. y Richardson, V. (1985). A multidimensional analysis of the concept of burnout. *Employee Assistance Quarterly*, 1 (2), 55-56.
- Boyle, A., Grap, M., Younger, J. y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857.
- Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Brissie, J., Hoover-Dempsey, K. y Bassler, O. (1988). Individual situational contributors to teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 82 (2), 106-112.
- Brookings, J. B., Boltob, B., Brown, C. E. y McEvoy, A. (1985). Self-reported job burnout among female human service professionals. *Journal of Occupational Behaviour*, 6, 143-150.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (Eds.): *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 19-55). Madrid: Dykinson.
- Bueno, F. J. y Celma, C. (1999). Salud laboral en el entorno hospitalario. *Todo Hospital*, 155, 199-203.
- Burke, R. J. (1988). Sources of Managerial and Professional Stress in Large Organizations. En C. L. Cooper y R. Payne. *Causes, coping and consequences of Stress at work* (pp. 77-114). Chichester: John Wiley and Sons.
- Burke, R. J. y Greenglass, E. (1989). Teachers: Orientations, satisfaction and health: some consequences of person-job misfit. *International Journal of Career Management*, 1, 4-10.
- Burke, R. J. y Greenglass, E. (1994). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 47 (30), 1-15.

- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1991). Psychological burnout in organizations. En E. Garcés (1994). *Burnout: un acercamiento teórico-empírico al constructo en contextos deportivos*. Tesis de licenciatura. Universidad de Murcia.
- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. En R. T. Golembiewski (Ed.). *Handbook of organizational behaviour* (pp. 263-299). New York: Marcel Dekker.
- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1996). Stress, burnout and health. En C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of Stress, Medicine and Health*. Nueva York: CRC Press.
- Burke, R. J., Shearer, J. y Deszca, E. (1984). Burnout among men and women in police work. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 162-188.
- Burke, W. W. (1982). *Organization development: Principles and practices*. Boston: Little Brown.
- Butcher, J. N. y Rouse, S. V. (1996). Personality: Individual differences and clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 47, 87-111.
- Butterfield, P. S. (1988). The stress of residency: A review of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 148, 1428-1435.
- Buunk, B.P. y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). London: Taylor & Francis.
- Buunk, B.P. y Schaufeli, W. B. y Ybema, J. F. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (19), 1701-1718.
- Byrne, B. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31 (3), 645-673.

- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27 (5), 313-317.
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 5 (8), 491-492.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7 (7), 53-68.
- Cahoon, A. y Rowney, J. (1984). Managerial burnout: a comparison by sex and level responsibility. *Journal of Health and Human Resources Administrations*, 7, 249-263.
- Capel, S. A. (1987). The incidence of and influences on stress and burnout in secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 57 (3), 279-288.
- Capel, S. A. (1991). A longitudinal study of burnout in teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 61, 36-45.
- Capilla, R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *JANO EMC*, 58 (1334), 56-58.
- Caplan, J. D., Cobb, S., French, J. P. R., Harrison, R. V. y Pinneau, S. R. (1976). *Job demands and worker health*. Washington, DC: Department of Health, Educational and Welfare.
- Capner, M. y Caltabiano, M. (1993). Factors affecting the progression towards burnout: A comparison of professional and volunteer counsellors. *Psychological Reports*, 73, 555-561.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y Baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: Una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18 (3), 305-324.

- Carmel, S. (1997). The professional self-esteem of physicians scale structures, properties, and the relationship to work outcomes and life satisfaction. *Psychological Reports*, 80 (2), 591-602.
- Carretero, B., Oliver, C., Toledo, E. y Regueiro, F. (1998). Estudio de antecedentes y consecuentes del Burnout en profesionales de educación especial en centros públicos de Madrid. *Psiquis*, 19 (9), 397-407.
- Carver, C. y Scheier, M. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-200.
- Casas, J., Repullo, J. R. y Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias de afrontamiento. *Revista Calidad Asistencial*, 17 (4), 237-246.
- Castilla, V., Ojeda, F., Checa, A., González, R. y Puras, A. (2000). La informatización del trabajo clínico asistencial: análisis crítico desde la experiencia de un centro hospitalario de nueva creación. *Revista Calidad Asistencial*, 15, 241-248.
- Cebrià, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Atención Primaria*, 31, 564-574.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, C. y cols. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27 (7), 459-468.
- Cebrià, J., Palma, C., Sobrequés, J., Ger, S., Ferrer, M. y Segura, J. (2008). Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: estudio longitudinal a los 5 años. *SEMERGEN*, 34 (3), 107-112.
- Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (7), 553-558.
- Clúa, J. L. y Aguilar, C. (1998). La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. *Atención Primaria*, 22 (5), 308-313.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of live strees. En E. Daniel (1995): *Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Cole, D. C., Robson, L. S., Lemieux-Charles, L., McGuire, W., Sicotte, C. y Champagne, F. (2005). Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: A tool for healthy, health care workplaces? *Occupational Medicine*, 55, 54-59.
- Constable, J. F. y Rusell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 20-26.
- Cooper, C. L. (1988). El comportamiento propenso al estrés: la personalidad de tipo A. En R. Kalimo, M. A. El-Batawi y C. L. Cooper (Eds.). *Los factores psicosociales en el trabajo* (pp. 132-137). Ginebra: OMS.
- Cooper, C. L. y Marshall, J. (1978). *Understanding Executive Stress*. London: MacMillan.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- Corcoran, K. (1985). Measuring burnout: A reliability and convergent study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1 (1), 107-112.
- Cordeiro, J. (2001). *Prevalencia del síndrome de Burnout en el profesorado de primaria de la zona de Bahía de Cádiz*. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- Cordes, C. y Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18 (4), 621-656.
- Corrigan, P. W., Holmes, E. P., Luchins, D., Buican, B., Basit, A. y Parks, J. J. (1994). Staff burnout in a psychiatric hospital: A cross-lagged panel design. *Journal of Organizational Behaviour*, 15, 65-74.

- Cortés, J. A., Martín, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. y Rodríguez, A. (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿Qué hay que mejorar? *Atención Primaria*, 32, 288-295.
- Cox, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan Press.
- Cox, T. y Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and doping. En C. L. Cooper y R. Payne (Eds.). *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 7-30). Nueva York: John Wiley&Sons.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). UK: Taylor & Francis.
- Cox, T. y Mackay, C. J. (1981). A transactional approach to occupational stress. En E. N. Corlett y J. Richardson (Eds.). *Stress, work design and productivity*. Chichester: Wiley & Sons.
- Cronin-Stubbs, D. y Rooks, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. *Heart and Lung*, 14, 31-39.
- Cruz, E., Vázquez, J., Aguirre, V., Fernández, M. I., Villagrasa, J. R. y Andradás, V. (1994). Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. *Atención Primaria*, 13, 469-473.
- Chacón, F., Vecina, M. L., Barrón, A. y De Paúl, M. P. (1999). Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de SIDA o cáncer. *Clínica y Salud*, 10 (2), 137-150.
- Cherniss, C. (1980a). *Staff Burnout*. Londres: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1980b). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980c). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.

- Cherniss, C. (1982). Cultural trends: Political, economic and historical roots of problem. En W. Paine (Ed.). *Job, Stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives* (pp. 56-70). Beverly Hills: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout". En W. B. Schaufeli, T. Moret, y C. Maslach (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington DC: Hemisphere.
- Daleva, M. (1988). Reacciones metabólicas y neurohormonales al estrés profesional. En R. Kalimo, M. A. El-Batawi y C. L. Cooper (Eds.). *Los factores psicosociales en el trabajo*, 48-62. Ginebra: OMS.
- Daley, M. (1979). Preventing worker burnout in child welfare. *Child Welfare*, 58 (7), 443-450.
- Daniel, E. (1995). *Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los médicos de un hospital general*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Da Silva, H., Daniel, E. y Pérez, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (5), 310-320.
- D'Aurora, D. L. y Fimian, M. J. (1988). Dimensions of life and school stress experienced by young people. *Psychology in the Schools*, 25 (4), 44-53.
- Davidoff, L. (1980). *Introduction to Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Deckard, G., Meterko, M. y Field, D. (1994). Physician burnout. An examination of personal, professional and organizational relationships. *Medical Care*, 32 (7), 745-754.
- Delamotte, Y. y Takezawa, S. (1984). *Quality of working life in international perspective*. Ginebra: OIT.
- De las Cuevas, C. (1994). *El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout*. Madrid: Laboratorios Servier.
- De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5 (2), 107-113.

- De las Cuevas, C., De la Fuente, J. A., Alviana, M., Ruiz-Benitez, A., Coiduras, E., González, T. y cols. (1995). Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria. *Mapfre Medicina*, 6, 7-18.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., De la Fuente, J. A., Alviani, M. y Ruiz-Benítez, A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, (Abril-Junio), 1-11.
- De la Fuente, L. y De la Fuente, E. I. (1997). Burnout y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Clínica y Salud*, 8, 481-494.
- De la Fuente, L., De la Fuente, E. I. y Trujillo, H. (1997). Burnout y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Clínica y Salud*, 8 (3), 481-494.
- De la Gándara, J. (2002). Burnout en Medicina: ¿Qué hacer cuando las cosas se complica? *Semergen*, 28 (Supl 2), 26-31.
- Delgado, A., Bellón, J. A., Martínez-Cañavate, M. T., Luna, J., López, L. A. y Lardelli, P. (2006). Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia. *Atención Primaria*, 37, 489-497.
- De Pablo, R. y Suberviola, J. (1998). Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 22, 580-584.
- Depaepe, J., French, R. y Lavay, B. (1987). Burnout symptoms experienced among special physical educators: A descriptive longitudinal study. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2, 189-196.
- Díaz, R. e Hidalgo, I. (1994). El síndrome de burn-out en los médicos del Sistema Sanitario Público de un Área de Salud. *Revista Clínica Española*, 194, 670-676.
- Dick, M. J. (1986). Burnout in nurse faculty: relationship with management style, collegial support, and work load in collegiate programs. *Journal of Professional Nursing*, 2, 252-260.
- Dick, R. y Wagner, U. (2001). Stress and strain in teaching: A structural equation approach. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 243-259.

- Dierendonck, D., Schaufeli, W. B. y Sixma, H.J. (1994). Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13 (1), 86-100.
- Dignam, J. T., Barrera, M. y West, S. G. (1986). Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. *American Journal of Community Psychology*, 14 (2), 177-193.
- Dijkhuizen, N. V. (1980). *From Stressors to strain*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Dolan, S. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 3-12.
- Dollard, M. F., LaMontagne, A.D., Caulfield, N., Blewett, V. y Shaw, A. (2007). Job stress in the Australian and international health and community services sector: A review of the literature. *International Journal of Stress Management*, 14, 417-445.
- Durán, M. A., Extremera, N. y Rey, L. (2001). Burnout en profesionales de la enseñanza: Un estudio de Educación Primaria, Secundaria y Superior. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17 (1), 45-62.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Edwards, J. R. y Cooper, C. L. (1988). The impacts of positive Psychological states on physical health: A Review and Theoretical Framework. *Social Science Medicine*, 27, 12: 1447-1459.
- Egan, M. (1993). Resilience at the front lines: Hospital social work with AIDS patients and burnout. *Social Work in Health Care*, 18 (2), 109-125.
- Elliot, J. y Smith, N. (1984). Burnout: A look at coping with stress. *School Library Media Quarterly*, 141-145.
- Elloy, D. F., Terpening, W. y Kohls, J. (2001). A causal model of burnout among self-managed work team members. *The Journal Psychology*, 135 (3), 321-334.
- Emener, W., Luck, R. y Gohs, F. (1982). A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6 (4), 188-196.

- Endler, N. y Magnusson, D. (1976). Toward an interactional psychology of personality. *Psychological Bulletin*, 83, 956-974.
- Ensiedel, L. y Tully, J. (1981). Methodological considerations in studying the burnout phenomenon. En J. Jones (Comp.). *The burnout syndrome: Current research, theory and interventions* (pp. 78-85). Londres: Park Ridge III, London House.
- Epstein, S. (1979). The stability of behaviour: I. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1097-1126.
- Esbec, E. y Fernández-Sastrón, O. (2001). Una panorámica de los cambios efectuados en el DSM-IV. Revisión del texto (DSM-IV-TR). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1 (2), 103-112.
- Esteva, M., Larraz, C., Soler, J. K. y Yaman, H. (2005). Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Atención Primaria*, 35, 108-109.
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. *Journal of Applied Psychology*, 69 (4), 615-622.
- Etzion, D. (1988). The experience of burnout and work/non work success in male and female engineers: A matched-pairs comparison. *Human Resource Management*, 27 (2), 163-180.
- Etzion, D. y Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17 (2), 191-209.
- Europa Press (2002, 19 noviembre). Disponible en http://www.psiquiatria.com/noticias/psicologia/psicologia_laboral/9526.
- Europa Press (2011, 21 de marzo). Disponible en <http://www.europapress.es/.../noticia-30-médicos-sufre-sindrome-burnout-20110321100649.html>.
- Europa Press (2011, 16 de agosto). Disponible en <http://www.europapress.es/.../noticia-psiquiatra-cree-tragedia-boecillo-valladolid-puede-subyacer-sindrome-quemado-burn-out-20110816125413.html>.

- Farber, B. A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77 (6), 325-331.
- Farber, B. A. y Miller, J. (1981). Teacher burnout: A psycho-educational perspective. *Teacher College Record*, 83 (2), 235-243.
- Fender, L. K. (1989). Athlete burnout: Potential for research and interventions strategies. *Sport Psychologist*, 3, 63-71.
- Fernández, A. M., Santa Clotilde, E. y Casado, M. I. (2007). Calidad de vida profesional de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 3 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>.
- Fernández, G. (1992). *Satisfacción laboral y malestar psíquico entre trabajadores de un hospital general*. Zaragoza: Ed. Privada.
- Fernández, G. (1993). Síndrome de burnout entre profesionales del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (pp. 25-27). En E. Daniel (1995). *Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los médicos de un hospital general*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Fernández, M. D. y Díaz, M. A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (2), 129-135.
- Fernández-López, J. A., Siegrist, I., Ròdel, A. y Hernández-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: Un nuevo factor de riesgo ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31, 1-10.
- Fernández, M.I., Moinelo, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M., Gómez, J. M. y cols. (2000): Satisfacción laboral en los profesionales de Atención Primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74 (2), 139-147.
- Fernández, M. I., Villagrasa, J. R., Gamo, M. F., Vázquez, J., Cruz, E., Aguirre, M. V. y cols. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los

- trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 69, 487-497.
- Fields, M. W. y Thacker, J. W. (1992). Influence of quality of work life on company and union commitment. *Academy of Management Journal*, 35, 439-450.
 - Fimian, M. (1988). Predictions of classroom stress and burnout experienced by gifted and talented students. *Psychology in the Schools*, 25 (4), 392-405.
 - Firth, H. y Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62 (1), 55-59.
 - Firth, H., McIntee, J., Mckeown, P. y Britton, P. G. (1985). Maslach Burnout Inventory: Factor structure and norms for British nursing staff. *Psychological Reports*, 57, 147-150.
 - Firth, H., McIntee, J., Mckeown, P. y Britton, P. G. (1986). Burnout and professional depression. Related concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 11 (6), 633-642.
 - Firth, H., McKeown, P., McIntee, J. y Britton, P. G. (1987). Professional depression, burnout and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24 (3), 227-237.
 - Fischer, H. J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En B. A. Farber (Ed.) 81985). *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 40-45). New York: Pergamon Press.
 - Fletcher, B. (1988) The Epidemiology of Occupational Stress. En C.L.Cooper y R. Payne. *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work* (pp. 3-52). Chichester: John Wiley and Sons.
 - Flores, J. (2002). La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Medicina Integral*, 40 (4), 167-182.
 - Flórez, J. A. (1994). *Síndrome de "estar quemado"*. Barcelona: Edika Med.
 - Fong, C. M. (1990). Role overload, social support, and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education*, 29, 102-108.
 - Fontana, D. y Abouserie, R. (1993). Stress levels, gender and personality factors in teachers. *British Journal of Educational. Psychology*, 63, 261-270.

- Freeborn, D.K. (2001). Satisfaction, commitment and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174, 13-18.
- Freedy, J. y Hobfoll, S. (1994). Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 311-325.
- French, W. L. y Bell, C. H. (1996). *Desarrollo Organizacional* (5ª edición). México: Prentice Hall.
- French, J. R. P. y Kahn, R. L. (1962). A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *The Journal of Social Issues*, 18, 1-47.
- Fresse, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of occupational Health Psychology*, 4 (3), 179 -192.
- Freud, S. (1957). *Standard edition of the works of Sigmund Freud*. Londres: Hogarth.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff-burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 73-83.
- Freudenberger, H. J. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, New York: Doubleday.
- Freudenberger, H. J. y Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press.
- Friedman, I. (1991). High and low burnout schools: School culture aspects of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 84 (6), 325-333.
- Friedman, I. y Farber, B. (1992). Professional self-concept as a predictor of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 86 (1), 28-35.
- Friesen, D. y Sarros, J. (1986). Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 179-188.

- Friesen, D. y Sarros, J. (1989). Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 179-188.
- Fromm, E. (1955). *The sane society*. Nueva York: Rinehart.
- Fuehrer, A. y McGonagle, K. (1988). Individual and situational factors as predictors of burnout among resident assistants. *Journal of College Student Development*, 29 (3), 244-249.
- Fuertes, J. C., Martínez, O., Cantizano, J. M., Gándara, J. y De la Cruz, M. (1997). Estrés laboral (Burnout) en personal profesional de las Fuerzas Armadas (Estudio de la insatisfacción laboral y sus repercusiones psicopatológicas en suboficiales, oficiales y oficiales superiores del Ejército de Tierra). *Anales de Psiquiatría*, 13 (9), 362-374.
- Fuqua, R. y Couture, K. (1986). Burnout and locus of control in child day care staff. *Child Care Quarterly*, 12 (3), 9-19.
- Gaines, J. y Jermier, J. M. (1983). Emotional exhaustion in a high stress organization. *Academy of Management Journal*, 26 (4), 567-586.
- Galobart, A., Grau, J., Sicras, A. y García, G. (1995). Satisfacción profesional, *Medicina Clínica* (Barcelona), 105, 76.
- Ganster, D. y Schaubroeck, J. (1995). The moderating effects of self-esteem on the work stress-employee health relationship. En R. Crandall y P. Perrewe. *Occupational stress: A handbook*. Filadelfia: Taylor & Francis.
- Garcés, E. (1994). *Burnout: Un acercamiento teórico-empírico al constructo en contextos deportivos*. Tesis. Murcia: Universidad de Murcia.
- Garcés de los Fayos, E. J. y Cantón, E. (1995). El cese de la motivación: El síndrome de burnout en deportistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 7-8, 147-154.
- García, M., Sobrido, N., García, M., Raña, C. y Saleta, L. (1999). El síndrome burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 202-203, 61-67.
- García, S. (1993). La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat*, 11, 4-9.

- García, S. y Custey, M. A. (1992). Evaluación en la satisfacción de los profesionales de atención primaria. *Medifam*, 2, 16-24.
- García-Izquierdo, M. (1990). Burnout profesional en organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.
- García-Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7 (18), 3-12.
- García-Izquierdo, M., Llor, B. y Sáez, C. (1994). Estudios de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Psiquiatría*, 10, 180-184.
- García-Izquierdo, M., Sáez, M. C. y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 215-228.
- García-Izquierdo, M. y Velandrino, A. (1992). EPB: Una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8 (1-2), 131-138.
- Garden, A. (1987). Despersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 40 (9), 545-560.
- Garden, A. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
- Garden, A. (1991). The purpose of burnout: A Jungian interpretation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6 (7), 73-93.
- Gil-Monte, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de burnout, sus dimensiones y estrategias de atontamiento. *Psicológica*, 46, 4-7.
- Gil-Monte, P. R. (1994). *El síndrome de burnout: Un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en

- profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11 (1), 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2002a). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7 (1), 3-10.
 - Gil-Monte, P. R. (2002b). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. *Salud Pública de México*, 44 (1), 33-40. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/44/441_5.pdf.
 - Gil-Monte, P. R. (2002c). Influencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) sobre la salud percibida en una muestra de teleoperadoras. *Medicina del Trabajo*, 11 (3), 109-116.
 - Gil-Monte, P. R. (2003). Burnout Syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2), 181-197.
 - Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
 - Gil-Monte, P. R. (2007). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Una perspectiva histórica. En P. R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez: *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
 - Gil-Monte, P. R. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica*, nº 91-92, 4-11.
 - Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 169-173.
 - Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D. y Núñez-Román, E. M. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de

- taller para personas con discapacidad. *Revista Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 109-123.
- Gil-Monte, P. R., García-Juesas, J. A. y Caro, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*, 42 (1), 113-118.
 - Gil-Monte, P. R. y Marucco, M. (2008). Prevalencia del “Síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 42 (3), 450-456.
 - Gil-Monte, P. R. y Moreno-Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
 - Gil-Monte, P. R., Nuñez-Román, E. M. y Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y Síntomas Cardiovasculares: Un Estudio en Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (2), 227-232.
 - Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del “síndrome de quemarse por el trabajo” (“burnout”) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12 (1), 67-80.
 - Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
 - Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
 - Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. En L. Munduate y M. Barón (Comp.). *Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida Laboral* (pp. 231-241). Sevilla: Eudema.

- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Gyor, Hungría.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout. Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6 (2), 43-63.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 2 (2), 211-220.
- Gil-Monte, P. R. y Schaufeli, W. B. (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 7 (19), 121-130.
- Gil-Monte, P. R., Valcárcel, P. y Zornoza, A. (1995). Role stress: Burnout antecedent in nursing professionals. En J. Peiró, F. Prieto, J. Meliá y O. Luque (Eds.). *Work and Organizational Psychology: European contributions of the nineties* (pp. 77-87). Hove: Erlbaum (UK) Taylor y Francis.
- Glogow, E. (1986). Research note: burnout and locus of control. *Public Personnel Management*, 79.
- Gold, Y. (1984). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and junior high school classroom teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 44 (4), 1009-1016.
- Gold, Y. (1985). The relationship of 6 personal and life history variables to standing on 3 dimensions of the Maslach Burnout Inventory in a sample of elementary and junior high school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 45 (2), 377.

- Gold, Y. y Michael, W. (1985). Academic self-concept correlates of potential burnout in a sample of first-semester elementary-school practice teachers: A concurrent validity study. *Educational and Psychological Measurement*, 45 (4), 909-914.
- Golembiewski, R. T. (1989). A note on Leiter study: Highlighting two models of burnout. *Group and Organization Studies*, 14 (1), 5-13.
- Golembiewski, R. y Aldinger, R. (1994). Burnout and self-esteem: A replication in a military setting. *Organization Development Journal*, 12 (3), 41-48.
- Golembiewski, R.T., Hilles, R. y Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and work site features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23 (2), 295-313.
- Golembiewski, R. y Kim, B. (1989). Self-esteem and phases of burnout. *Organizational Development Journal*, 7 (1), 51-58.
- Golembiewski, R. T. y Munzenrider, R. F. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Golembiewski, R. T., Scherb, K. y Boudreau, A. (1993). Burnout in cross-national settings: generic and model specific perspectives. En W. B. Schaufeli, C. Maslach. y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis. (pgs. 217-236).
- González, P., Peiró, J. M. y Bravo, M. J. (1996). Calidad de vida laboral. En J. M. Peiró y F. Prieto (Eds.). *Tratado de Psicología del Trabajo. Vol II: Aspectos psicosociales del trabajo* (pp.161-186). Madrid: Síntesis.
- Gracia, F., Peiró, J. M. y Ramos, J. (1996). Aspectos temporales del trabajo. En J. M. Peiró J. M. y Prieto, F. (Eds.). *Tratado de psicología del trabajo. Vol I. La actividad laboral en su contexto* (pp. 36-91). Madrid: Síntesis.

- Grantham, H. (1985). Le diagnostic differential et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel (burn-out). *Annual Médical Psychologie*, 143 (8), 776-781.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). El síndrome de burnout en profesionales sanitarios hispanoamericanos y españoles. Influencia de factores personales, profesionales y nacionales. *Revista Española Salud Pública*, 8, 215-230.
- Grau, E., Gil-Monte, P. R. García, J. y Figueiredo, H. (2009). Efectos de los conflictos interpersonales sobre el desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y su influencia sobre la salud. Un estudio longitudinal en Enfermería. *Ciencia & Trabajo*, 32, (Abril/Junio), 72-79.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 463-470.
- Greenglass, E. R. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology*, 32 (4), 562-568.
- Greenglass, E. R. y Burke, R. J. (1988). Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences. *Sex Roles*, 18 (3-4), 215-229.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J. y Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 39 (1), 5-27.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J. y Moore, K. A. (2003). Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology: An International Review*, 52, 580-597.
- Greenglass, E. R., Pantony, K. y Burke, R. J. (1988). A gender role perspective on role conflict, work stress and social support. *Journal of Social Behavior and Personality*, 3, 317-321.
- Guerrero, E. (1998). "Burnout" o desgaste psíquico y afrontamiento del estrés en el profesorado universitario. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura.

- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19 (1), 145-158.
- Guest, R. H. (1979). Quality of work-life. Learning from Tarrytown. *Harvard Business Review*, 57, 76-87.
- Guillén, J. C. y Santamaría, E. (1999). Evaluación del nivel de Burnout en una muestra de trabajadores del área de tratamiento de un Centro Penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1, 68-72.
- Gutiérrez, B. M. (1998). *La ciencia empieza en la palabra: Análisis e historia del lenguaje científico*. Barcelona: Península.
- Haack, M. (1988). Stress and impairment among nursing students. *Research in Nursing and Health*, 11 (2), 125-134.
- Hackman, J. R. y Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Hadley, J. y Mitchell, J. (2002). The growth of managed care and changes in physicians' incomes, autonomy and satisfaction, 1991-1997. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2, 37-50.
- Hadziolova, I. (1988). La edad y el sexo en relación con el estrés profesional. En R. Kalimo, M. A., El-Batawi y C. L. Cooper (Eds.). *Los factores psicosociales en el trabajo* (pp. 138-147). Ginebra: OMS.
- Halbesleben, J. R. B. y Buckley, M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, 30, 859-879.
- Hall, D. T. (1976). *Careers in organizations*. Pacific Palisades, CA: Goodyear.
- Hallberg, I. (1994). Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: Satisfaction with nursing care, tedium, burnout, and the nurses' own report on the effects of it. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8 (1), 44-52.
- Hallsten, L. (2005). Burnout and wornout: Concepts and data from a national survey. En A. S. G. Antoniou y C. L. Cooper (Eds.). *Research companion to*

organizational health psychology (pp. 516-537). Cheltenham, England: Edward Elgar.

- Hare, J., Pratt, C. y Andrews, D. (1988). Predictors of burnout among professional and paraprofessional nurses in acute and long-term care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 25 (2), 105-115.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.) (1985), *Stress and burnout in the human services professions*. (2a. ed.) (pp.29-39). New York: Pergamon Press.
- Haslam, A. (2004). Stress. En A. Haslam (Ed.), *Psychology in organizations. The social identity approach* (2a. ed.). Londres: Sage. Pgs. 60-79.
- Haslam, A., Jetten, J., O'Brien, A. y Jacobs, E. (2004). Social identity, social influence and reactions to potentially stressful tasks: Support for the self-categorization model of stress. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 20, 3-9.
- Haslam, A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K. y Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44, 355-370.
- Helliwell, T. (1981). Are you a potential burnout? *Training and Development Journal*, 35 (10), 25-29.
- Henderson, G. (1984). Psysician burnout. *Hospital Psysician*, 7, 20-28.
- Henry, D., Chertok, F., Keys, C. y Jegerski, J. (1991). Organizational and family systems factors in stress among ministers. *American Journal of Community Psychology*, 19, 931-952.
- Hernández-Martín, L. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 599-611.
- Hernández-Martín, L. y Ramos, F. (2002). Estudio sobre el síndrome de burnout en los funcionarios de vigilancia penitenciaria. *Interpsiquis*, 2002. Disponible en <http://www.psiqiatria.com/interpsiquis2002/5336>.

- Herschbach, P. (1991). Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. En J. C. Rubio (2003). *Fuentes de estrés, Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores*. Tesis Doctoral. Badajoz.
- Herzberg, F., Mausner, B. y Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to Work*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hidalgo, I. y Díaz, R. (1994). Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Medicina Clínica* (Barcelona), 103, 408-412.
- Hiscott, R. y Connop, P. (1989). Job stress and occupational burnout. Gender differences among mental health professionals. *Sociology and Social Research*, 74 (1), 10-15.
- Hiscott, R. y Connop, P. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 422-426.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resource: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-524.
- Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). UK: Taylor & Francis.
- Hock, R. (1988). Professional burnout among public school teachers. *Public Personnel Management*, 17 (2), 167-189.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. y Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population-results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 59-66.
- Horney, K. (1939). *New ways in psychoanalysis*. Nueva York: Norton.

- House, J. (1981). Work stress and social support. En E. Daniel (1995): *Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Huebner, E. (1993). Professionals under stress: A review of burnout among the helping professions with implications for schools psychologists. *Psychology in the Schools*, 30 (1), 40-49.
- Hyman, R. (1993). Evaluation of an intervention for staff in a long-term care facility using a retrospective pretest design. *Evaluation and the Health Professions*, 16 (2), 212-224.
- Ivancevich, J. M. y Matteson, M. T. (1980). *Stress and Work. A managerial perspective*. Dallas: Tex., Scott, Foresman and company.
- Ivancevich, J. M. y Matteson, M. T. (1987). A tipe A-B personwork enviroment interaction model for examining occupational stress and consequences. *Human Relations*, 37 (7), 491-513.
- Iverson, R. D., Olekalns, M. y Erwin, P.J. (1998). Affectivity, organizational stressors and absenteeism: A causal model of burnout and its consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 52, 1-23.
- Iwanicki, E. F. y Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1167-1174.
- Izraeli, D. (1988). Burning out in medicine: A comparison of husband and wines in dual career couples. *Journal of Social Behavior and Personality*, 3 (4), 329.
- Jackson, S. y Schuler, R. (1983). Preventing employee burnout. *Personnel*, 60 (2), 58-68.
- Janssen, P., Schaufeli, W. B. y Houkes, I. (1999). Work-related and individual determinants of the three burnout dimension. *Work and Stress*, 13, 74-86.
- Jayaratne, S. y Chess, W. A. (1983). Job satisfaction and burnout in social work. En B. A. Farber (1985), *Stress and burnout in the human services professions*. (2a. ed) (pp.129-141). New York: Pergamon Press.

- Jayaratne, S. y Chess, W. A. (1986). Job stress, job deficit, emotional support, and competence: Their relationship to burnout. *Journal of Applied Social Sciences*, 10 (2), 135-155.
- Jenaro-Río, C., Flores-Robaina, N. y González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 107-121.
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P. y Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20(2), 178-187.
- Jones, M. (1993). Role conflict: cause of burnout or energizer? *Social Work*, 38 (2), 137.
- Jorge, F., Blanco, M. A., Issa, S., Romero, L. y Gayoso, P. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36 (8), 442-447.
- Jorgesen, M. (1992). Burnout in doctorally prepared nurse faculty. *Journal of Nursing Education*, 31 (8), 341-346.
- Jubete, M. T., Lacalle, M., Riesgo, R., Cortés, J. A. y Mateo, C. (2005). Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. *Atención Primaria*, 36, 112-114.
- Kahn, R. L. (1981). *Work and Health*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Kalekin-Fishman, D. (1986). Burnout or alienation?: A context specific study of occupational fatigue among secondary school teachers. *Journal of Research and Development in Education*, 19 (3), 24-34.
- Karasek, R. (1990). Lower health risk with increased job control among white collar workers. *Journal of Organizational Behaviour*, 11, 171-185.
- Katzell, R. y Guzzo, R. A. (1983). Psychological approaches to productivity improvement. *American Psychologist*, 38 (4), 468-472.
- Kleiber, D. y Enzman, D. (1990). *Burnout: 15 years of research. An International bibliography*. Göttinger: Hogrefe.

- Koeske, G. F. y Koeske, R. D. (1989). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *Journal of Applied Behavioral Science*, 25 (2), 131-144.
- Kosaba, S. C. (1979). Stressful live events, personality and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1-11.
- Kosaba, S. C., Maddi, S. y Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368-378.
- Kosaba, S. C., Maddi, S. R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 168-177.
- Kremer, L. y Hofman, J. (1985). Teacher's professional identity and burnout. *Research in Education*, 34, 89-95.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. y Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*, 19, 192-207.
- Kushnir, T. y Melamed, S. (1992). The Gulf War and its impact on burnout and wellbeing of working civilians. *Psychology Medicine*, 22 (4), 987-995.
- Kyriacou, C. (1980). Sources of stress among British teachers: The contribution of job factors and personality factors. En C. L. Cooper y J. Marshall (Eds.). *White collar and professional stress* (pp. 113-128). NY: Wiley.
- Lackritz, J. M. (2004). Exploring burnout among university faculty: incidence, performance and demographic issues. *Teaching and Teacher Education*, 20, 713-729.
- Lahoz, M. R. y Mason, H. L. (1989). Maslach Burnout Inventory: Factor structures and norms for USA pharmacists. *Psychological Reports*, 64 (3), 1059-1063.
- Lau, R. S. (2000). Quality of work life and performance. An ad hoc investigation of two elements in the service profit chain model. *International Journal of Service Industry Management*, 11 (5), 422-437.

- La voz de Galicia (2004, 16 de marzo). Disponible en <http://www.lavozdeg Galicia.es/hemeroteca/2004/03/16/2512936.html>.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leal, J. (1993). *Equipos comunitarios: ¿Una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. Nueva York: Ronald.
- LeCroy, C. y Rank, M. (1986). Factors associated with burnout in the services: An exploratory study. *Journal of Social Service Research*, 10 (1), 23-39.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1991). Work-unit structure and processes and job-related stressors as predictors of managerial burnout. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (22), 1831-1847.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993a). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski, Munzenrider y Stevenson (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54 (3), 369-398.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993b). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.
- Leiter, M. P. (1988). Burnout as a function of communication Patterns. *Group and Organization Studies*, 13 (1), 111-128.
- Leiter, M. P. (1989). Conceptual implications of two models of burnout. *Group and Organization Studies*, 14 (1), 15-22.
- Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43 (11), 1067-1083.

- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12 (2), 123-144.
- Leiter, M. P. (1992a). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and stress*, 6 (2), 107-116.
- Leiter, M. P. (1992b). Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress and Coping*, 5 (1), 79-93.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). Washington DC: Hemisphere.
- Leiter, M. P., Clarck, D. y Durup, J. (1994). Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. *Journal of Applied Behavioral Science*, 30 (1), 63-82.
- Leiter, M. y Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: An confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 357-373.
- Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Lemkau, J. P., Purdy, R. R., Rafferty, J. P. y Rudisill, J. R. (1988). Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of Medical Education*, 63, 682-691.
- Lert, F., Chastang, J. F. y Castano, I. (2001). Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care*, 13, 763-778.
- Levine, M. F. (1983). Self-developed quality of working life measures. *Journal of Occupational Behaviour*, 4 (1), 35-46.
- Livianos, L., De las Cuevas, C. y Rojo, L. (1999). El desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una encuesta entre profesionales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (5), 305-309.

- Lloret, S., González-Roma, V. y Peiró, J. (1995). El Estrés de rol en enfermeras. Un modelo causal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 3 (48), 393-406.
- López, J. J. (1996). El desgaste ocupacional en el personal sanitario que trabaja con enfermos afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Folia Neuropsiquiátrica*, 31, 39-55.
- López, R. M., Martín, C. M., Fuentes, C. I., García, E., Ortega, R., Cortés, A. D. y cols. (2000). El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. *Medicina Paliativa*, 7 (3), 94-100.
- López, M., Rodríguez, A., Fernández, M., Marcos, S., Martínón, F. y Martínón, J. M. (2005). Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *Anales Pediatría*, 62 (3), 248-251.
- Lorr, M., Klett, C. y McNair, D. (1963). *Syndromes of psychosis*. Nueva York: Macmillan.
- Lozano, L. M., Cañadas, G., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G., Suárez, J. y cols. (2007). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36 (1,2), 79-88. ICE. Universidad de Oviedo.
- Maher, E. (1983). Burnout and commitment. A theoretical alternative. *Personnel and Guidance Journal*, 61 (7), 390-393.
- Manassero, M., Ferrer, V. A., Vázquez, A., Gili, M., Simó, F. y Bes, P. (1998). Variables predictoras de agotamiento laboral en profesores no universitarios. En R. De Diego y J. D. Donoso (Coord.). *Psicología del Trabajo. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones* (pp. 227-235). Madrid: Pirámide.
- Manassero, M., Fornés, J., Fernández, M., Vázquez, A. y Ferrer, M. (1996). Burnout en la enseñanza: análisis de su incidencia y factores determinantes. *Revista de Educación*, 306, 35-41.
- Manassero, M., García, E., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Ramis, C. y Gili, M. (2000). Análisis causal del burnout en la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 173-195.

- Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección, Organización y Administración de Empresa*, 25, 148-159.
- Manzano, G. y Ramos, F. (1999a). Estrés diario. Variables de personalidad y síndrome de Burnout: Relaciones de Causalidad. En F. Ramos (Ed.). *El Síndrome de Burnout* (pp. 135-153). UNED-FUE: Madrid.
- Manzano, G. y Ramos, F. (1999b). La despersonalización: clave para identificar el síndrome de burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica*, 206 (7), 69-78.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 197-213.
- Margison, F. R. (1987). Stress in Psychiatrists. En R. Payne y J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in Health Professionals* (pp. 107-124). Chichester: John Wiley & Sons
- Martín, M. (1982). Burnout: Factor fad? *Psychosomatics*, 23, 461-469.
- Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. y Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 129-136.
- Martín, J., Gómez, T., Beamud, M., Cortés, J. A. y Alberquilla, A. (2007). Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Services Research*, 7: 101. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/101>.
- Martín, J., Gómez, T., Martínez, C., Del Cura, M. I., Cabezas, C. y García, S. (2008). Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Atención Primaria*, 40 (7), 327-336.
- Martín, J., Viñas, J., Pérez, J., Luque, M. y Soler-Insa, P. A. (1997). Burnout en personal de enfermería. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona*, 24 (5), 113-118.

- Martínez de la Casa, A., Del Castillo, C., Magaña, E., Bru, I., Franco, A. y Segura, A. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina. *Atención Primaria*, 32, 343-348.
- Maslach, C. (1978). Job burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36 (2), 56-59.
- Maslach, C. (1982a). Burnout: A social psychological analysis. En J. Jones (Ed.). *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 30-53). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Maslach, C. (1982b). Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En W. Paine (Ed.). *Job, Stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Maslach, C. (1982c). *Burnout: The cost of caring*. Nueva York: Prentice Hall Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1979). Burned out cops and their families. *Psychology Today*, 12 (12), 58-62.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale: LEA.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-154.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12 (7-8), 837-851.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual (3º ed.)* Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter, M. (1997). *The Truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.

- Maslach, C. y Schaufeli, W. B. (1993): Historical and conceptual development of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). UK: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mateu, M. (1984). *La nueva organización del trabajo*. Barcelona: Hispano Europea.
- Matía, A. C, Cordero, J., Mediavilla, J. y Pereda, M. J. (2006). Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Atención Primaria*, 38 (1), 58-60.
- Matrai, L. (2001). Estrés y “burnout”, aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil. *Archivos de Pediatría de Uruguay*, 72 (supl 1.), 14-19.
- Mazur, P. y Lynch, M. (1989). Differential impact of administrative, organizational, and personality factors on teacher burnout. *Teaching and Teacher Education*, 5 (4), 337-353.
- McCraine, E. y Brandsma, J. (1988). Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behavioral Medicine*, 14 (1), 30-36.
- McCranie, E. W., Lambert, V. y Lambert, C. (1987). Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36 (6), 374-378.
- McCulloch, A. y O'Brien, L. (1986). The organizational determinants of Yorker burnout. *Children and Youth Services Review*, 8 (2), 175-190.
- McDermott, D. (1984). Professional burnout and its relation to job characteristics, satisfaction and control. *Journal of Human Stress*, 10, 79-85.
- McDougall, W. (1908). *Introduction to Social Psychology*. Nueva York: Scribners.
- McGrath, J. E. (1970). A conceptual formulation for research on stress. En J. E. McGrath (Ed.), *Social and Psychological Factors in Stress* (pp. 10-21). Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

- McGrath, J. E. (1976). Stress and behaviour in organizations. En M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and Organizational Psychology* (pp. 1351-1395). Chicago: Rand McNally.
- McIntyre, T. (1984). The relationship between locus of control and teacher burnout. *The British Journal of Educational Psychology*, 54 (2), 235-238.
- McMullen, M. y Krantz, M. (1988). Burnout in day care workers: The effects of learned helplessness and self-esteem. *Child and Youth Care Quarterly*, 17 (4), 275-280.
- McMurray, J., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R. y Nelson, K. (2000). The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 372-380.
- Meeroff, M. (1997). Enfermedad laboral del médico. Síndrome de Tomás y Burn-out. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 110 (2).
- Meier, S. T. y Schmeck, R. R. (1985). The burned-out college student: A descriptive profile. *Journal of College Student Personnel*, 26, 63-69.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S. y Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327-353.
- Meliá, J. L. y Peiró, J. M. (1989). El cuestionario de satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4, 179-187.
- Millon, T. (1969/1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality. DSM-III: Axis II*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual (3a. ed.)*. Minneapolis: National Computer Systems.

- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (1994). *Millon index of personality styles*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Millon, T. (1998). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual*. Madrid: Tea Ediciones.
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual (2ª ed.)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Millon, T. (2002a). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual (3ª ed.)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Millon, T. (2002b). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78 (2), 209-128.
- Millon, T. (2005). Reflections on the Future of Personology and Psychopathology. En S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 527-546). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2a. Ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Millon, T. y Escovar, L. (1999). La personalidad y los trastornos de la personalidad: Una perspectiva ecológica. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carboles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1985/1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T., Millon, C. Y Davis, R. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Mingote, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5 (8), 493-508.

- Mingote, J. C., Moreno, B. y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de intervención. *Medicina Clínica*, 123 (7), 265-270.
- Mingote, J. C., Moreno, B., Gálvez, M. y Garrosa, E. (2005). Síndrome de desgaste profesional. *Tiempos Médicos*, 617, 31-42.
- Mingote, J. C. y Pérez, F. (1999). *El estrés del médico: Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Mira, J. J., Vitaller, J., Buil, J. A. y Rodríguez, J. (1994). Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Atención Primaria*, 14, 1135-1140.
- Molina, J. M., Avalos, F. y Giménez, I. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15 (5), 275-282.
- Molina, A., García, M. A., Alonso, M. y Cecilia, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31 (9), 564-574.
- Montesdeoca, D., Rodríguez, F., Pou, L. y Montesdeoca, M. J. (1997). El medio laboral y la salud mental (II): estrés, Burnout y drogodependencias. Una propuesta preventiva. *Psiquis*, 18 (3), 105-114.
- Montalbán, F. M. y Bonilla, J. (1996). Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12, 81-88.
- Montalbán, F. M., Bonilla, J. e Iglesias, C. (1995). Predictores psicosociales del estrés asistencial. En L. González, A. de la Torre y J. de Elena (Eds.). *Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías* (pp. 203-209). Salamanca: Eudema.

- Montalbán, F. M., Bonilla, J. e Iglesias, C. (1996). Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12 (1), 81-88.
- Moreno-Jiménez, B. (2007). Evaluación, medidas y diagnóstico del síndrome burnout. En P. R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Eds.). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13, 185-207.
- Moreno-Jiménez, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Mingote, J. C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 38, 544-549.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000a). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 18-28.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000b). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B. y Oliver, C. (1993). El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: adaptación y nuevas versiones. En M. Pons y M. Anguera (Eds.), *Aportaciones a la evaluación psicológica* (pp. 161-174). Barcelona: P.P.U.
- Moreno-Jiménez, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), *Manual*

- de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-285). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Moreno-Jiménez, B. y Peñacoba, C. (1996). Estrés asistencial de los servicios de salud. En M. Simón (Ed.), *Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
 - Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez-Carvajal, R. y Morante, M. E. (2005). El burnout médico: La ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y estrés*, 11 (1), 87-100.
 - Moriana, J. A. y Herruzco, J. (2005). El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Clínica y Salud*, 16 (2), 161-172.
 - Motowidlo, S. J., Packard, J. S. y Manning, M. R. (1986). Occupational stress: its causes and consequences for job performance. *Journal of Applied Psychology*, 71 (4), 618-629.
 - Muldary, T. (1983). *Burnout and Health Professionals: Manifestations and Management*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century Crofts.
 - Muñoz-Seco, E., Coll-Benejam, J. M., Torrent-Quetglas, M. y Linares-Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 37 (4), 209-214.
 - Nadler, D. A. y Lawler, E. E. (1983). Factors influencing the success of labormanagement quality of life projects. *Journal of Occupational Behavior*, 1 (1), 53-67.
 - Nagy, S. (1985). Burnout and selected variables as components of occupational stress. *Psychological Reports*, 56 (1), 195-200.
 - Nagy, S. y Davis, L. G. (1985). Burnout: A comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 57, 1319-1326.
 - Nagy, S. y Nagy, M. (1992). Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71 (2), 523-531.
 - Newman, D. W. y Rucker-Redd, M. L. (2004). Police stress, state-trait anxiety and stressors among U. S. Marshals. *Journal of Criminal Justice*, 32, 631-641.

- Newman, K. y Maylor, U (2002). The NHS Plan: Nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Services Management Research*, 15, 93-105.
- Nowack, K. M. (1986). Type A, hardiness, and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9 (6), 537-548.
- Osborne, D. J. (1983). Vibration at work. En D. J. Osborne y M. M. Gruneberg (Eds.). *The physical environment at work*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Oktay, J. (1992). Burnout in hospital social workers who work with AIDS patients. *Social Work*, 37 (5), 432-439.
- Olabarriá, B. (1995). El síndrome de “burnout” (quemado) o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 1 (2-3), 189-194.
- Olivar, C., González, S. y Martínez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 24 (6), 352-359.
- Olivares, V. E. y Gil-Monte, P. R. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia y Trabajo*, 33, 160-167.
- Oliver, C. (1993). *Análisis de la problemática del estrés en el profesorado de enseñanzas medias: el Burnout como síndrome específico*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Oliver, C. González, S. y Martínez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 22, 352-359.
- Oliver, C., Pastor, J., Aragoneses, A. y Moreno, B. (1990). *Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial*. En Colegio Oficial de Psicólogos (Ed.), II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos (Volumen 5). Psicología y salud: Psicología de la salud. Madrid: COP.
- Olmeda, M. S., García, I. y Morante, L. (1998). Burnout en profesionales de Salud Mental. *Anales de Psiquiatría*, 14 (2), 48-55.

- Olmedo, E. (1993). *Propiedades psicométricas del constructo burnout*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R. y Gómez, M. D. (2001). El síndrome de burnout: Variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22, 117-129.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Ginebra: OMS.
- Orozco, P. y García, E. (1993). Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 12, 135-138.
- Oswin, M. (1978). *Children living in long stay hospitals*. Londres: Heinemann.
- Palacio, F., Marquet, R., Oliver, A., Castro, P., Bel, M. y Piñol, J. L. (2003). Las expectativas de los profesionales: ¿Qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. *Atención Primaria*, 32 (3), 135-143.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. y Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187-199.
- Parkes, K. R. (1998). Estrés, trabajo y salud: Características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud* (pp. 79-117). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pavlát, J (2002). The stressed physician. What conditions of the profession are stressful for the physician? What disorders do physicians experience and what are the effects on patients? *Casopis Lekaru Ceskych*, 141 (11), 343-345.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 396-405.
- Pedrabissi, L., Rolland, J. y Santinello, M. (1994). Stress and burnout among teachers in Italy and France. *The Journal of Psychology*, 127 (5), 529-534.
- Pedrabissi, L. y Santinello, M. (1984). Professione infermeristica e síndrome del Burnout: un contributo alla baratura del MBI. *Psicología Aplicada* 1881 (187)

- 41-46. En E. Daniel (1995). *Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los médicos de un hospital general*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Peiró, J. M. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.
 - Peiró, J. M. (2005). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Madrid: Ediciones Pirámide.
 - Peiró, J. M. y González- Romá, V. (1991). Role-set variables as antecedents of role stress: a causal model. *Revue Internationale of Psychologie Sociale*, 4, 29-44.
 - Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
 - Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6), 480-486.
 - Piedmont, R. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting the role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61 (3), 457-473.
 - Pierce, C. M. B. y Molloy, G. N. (1989). The construct validity of the Maslach Burnout Inventory: Some data from down under. *Psychological Reports*, 65, 1340-1342.
 - Pierce, C. M. B. y Molloy, G. N. (1990). Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 60 (1), 37-50.
 - Pilowski, L. y O'Sullivan, G. (1989). Mental illness in doctors. *British Medical Journal*, 298, 269-270.
 - Pines, A. M. (1988). *Keeping the spark alive: Preventing burnout in love and marriage*. New York: St Martin Press.
 - Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-51). Washington DC: Hemisphere.
 - Pines, A. y Aronson, E. (1988). *Career Burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.

- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Pines, A. y Kafry, D. (1981). The experience of live tedium in three generations of professional women. *Sex Roles*, 7, 117-134.
- Pines, A. y Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Piotrowski, C. (1997). Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in clinical practice. *Perceptual and Motor Skills*, 84, 1185-1186
- Poulin, J. y Walker, C. (1993). Burnout in gerontological social work. *Social Work*, 38 (3), 305-310.
- Poulton, E. C. (1978). Blue collar stressors. En C. L. Cooper y R. Payne (Eds.), *Stress at Work*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Poza, J. (1998). Satisfacción, clima y calidad de vida laboral. En A. Rodríguez (Ed.). *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* (pp. 259-271). Madrid: Pirámide.
- Pretorius, T. (1993). Commitment, participation in decision-making and social support: Direct and moderating effects on the stress-burnout relationship within an educational setting. *South African Journal of Psychology*, 23 (1), 10-14.
- Price, D. M. y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Price, L. y Spence, H. (1994). Burnout symptoms among drug and alcohol service employees. Gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety, Stress and Coping*, 7 (1), 67-84.
- Prieto, L. (2001). Burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 28 (6), 444-445.
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. M. y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29, 294-302.
- Procaccini, J. y Kiefaber, M. W. (1983). *Parent burnout*. Garden City, N. Y.: Doubleday.

- Quevedo-Aguado, M. P., Delgado, C., Fuentes, J. M., Salgado, A., Sánchez, T., Sánchez, J. F. y cols. (1999). Relación entre “despersonalización” (burnout), trastornos psicofisiológicos, clima laboral y tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Estudios de Psicología*, 64, 87-107.
- Quick, J., Joplin, J., Nelson, D. y Mangelsdorff, A. (1996). Self-reliance and military service training outcomes. *Military Psychology*, 8 (4), 279-293.
- Quick, J. C. y Quick, J. D. (1984). *Organizational Stress and Preventive Management*. New York: Mc Graw-Hil.
- Ramsey, J. D. (1983). Heat and cold. En R. Hockey (Ed.). *Stress and Fatigue in Human Performance* (pp. 33-60). Chichester: John Wiley & Sons.
- Revicki, D. y May, H. (1983). Development and validation of the Psysician Stress Inventory. *Family Practice Research Journal*, 2 (4), 211-225.
- Revicki, D., May, H. y Whitley, T. (1991). Reliability and validity of the work-related strain inventory among health professionals. *Behavioral Medicine*, 111-120.
- Rich, V. L. y Rich, V. L. (1987). Personality hardiness and burnout in female staff nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 19 (2), 63-66.
- Richardsen, A. M., Burke, R. J. y Leiter, M. P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping*, 5 (1), 55-68.
- Robbins, S. (1989). *Organizational behaviour: Concepts, controversies and applications*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Roberts, C. (1986). Burnout. Psychoable, or a valuable concept? *British Journal of Hospital Medicine*, 36, 194-197.
- Rocañín, J., Martínez, O., Cantizano, J., Rico, R., Martínez, A e Iglesias, M. (1996). Aproximación al estrés profesional (Burnout) en funcionarios públicos de sanidad, guardia civil, justicia y ejército. *Anales de psiquiatría*, 12, 15-22.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 151-156.
- Ross, R. R., Altmaier, E. M. y Russel, D. W. (1989). Job stress, social support and burnout among counseling center staff. *Journal Counseling Psychology*, 36 (4), 464-470.
- Rosse, J., Boss, R., Johnson, A. y Crown, D. (1991). Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and Organizational Studies*, 16 (4), 428-451.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external locus of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1 (80) 609.
- Rout, U. (2001). Estrés laboral en profesionales de la salud. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 93-108). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rubio, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.
- Ruiz, J. I. (2003). Compromiso con el trabajo y burnout en organizaciones penitenciarias: algunos datos empíricos. *Psicología Jurídica* (Febrero). Disponible en www.psicologiajuridica.or/psj27.html.
- Russell, D. W., Altmaier, E. y Velzen, D. V. (1987). Job-related stress, social, support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72 (2), 269-274.
- Salanova, M., Grau, R., Llorens, S. y Schaufeli, W. B. (2001). Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Revista Psicología Aplicada*, 11, 69-90.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. B. (2005). La ilusión por el trabajo (engagement): ¿El lado positivo del burnout? En M. Martínez, J. L. Dolz, P. R. Gil-Monte, M. Salanova, W. B. Schaufeli, R. Ferrer y cols. *Quemarse en el trabajo (burnout): 11 perspectivas del burnout* (pp. 73-92). Zaragoza: Ego Editorial.

- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M. y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 117-134.
- Sánchez, R., Álvarez, R. y Lorenzo, S. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam*, 13 (4), 291-296.
- Sánchez, A., De Lucas, N., García-Ochoa, M. J., Sánchez, C., Jiménez, A. y Bustinza, A. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*, 13, 170-175.
- Sánchez, M. P., Díaz, J. F. Y Aparicio, M. (2001). *Adaptación al español del Inventario de estilos de personalidad de Millon*. Madrid: Tea Ediciones.
- Sandoval, J. (1993). Personality and burnout school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30 (4), 321-326.
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCM-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18 (3), 287-304.
- Sarros, J. (1988a). School administrators write about burnout: individual and organizational implications. *British Educational Research Journal*, 14 (2), 175-190.
- Sarros, J. (1988b). Administrator burnout: Findings and future directions. *The Journal of Educational Administration*, 26 (2), 184-196.
- Sarros, J. y Friesen, D. (1987). The etiology of administrator burnout. *The Alberta Journal of Educational Research*, 33 (3), 163-179.
- Sauter, S.L., Hurrell, Jr. J.J., Murphy, L. R. y Levi, L. (2001). *Factores psicosociales y de organización*. En Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en <http://www.mtas.es/es/publica/enciclo/indice.htm>.

- Savicki, V. y Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-252.
- Savicki, V. y Cooley, E. (1994). Burnout in child protective service workers: a longitudinal study. *Journal of Organizational Behaviour*, 15, 655-666.
- Schaufeli, W. (1990). *Burnout: About the job stress in the human services professions. The burnout syndrome*. Rotterdam: Danker.
- Schaufeli, W. y Buunk, B. P. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research and teorizing. En M. J. Schabracq, J. A. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.). *The Handbook of Work and Health Psychology*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Schaufeli, W. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B. y Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schaufeli, W. B. y Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76, 1083-1090.
- Schaufeli, W. B. y Janczur, B. (1994). Burnout among nurses: A Polish-Dutch comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 25 (1), 95-113.
- Schwab, R. L., Jackson, S. E. y Schuler, R. S. (1986). Educator burnout: Sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 10 (3), 14-30.
- Sebastián, O. (1995). Evaluación psicológica del entorno físico. *Salud y Trabajo*, (111-112), 400-469.
- Segarra, M. y Garrido, J. (2000). La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos. *Gestión Hospitalaria*, 11 (4), 165-169.

- Segura, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Domènech, M., Gutiérrez, I. y cols. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome de burnout. *Anales de Psicología*, 22 (1), 45-51.
- Segurado, A. y Agulló, I. (2002). Calidad de Vida Laboral: Hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14 (4), 828-836.
- Seidman, S. A. y Zager, J. (1991). A study of doping behaviours and teacher burnout. *Work and Stress*, 5 (3), 205-216.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.
- Seltzer, J. y Numerof, R. E. (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management Journal*, 31 (2), 439-446.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. Nueva York: Mc Graw Hill.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E. y Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358-367.
- Sheldon, W. (1940). *The varieties of human physique: An introduction to constitutional psychology*. Nueva York: Harper.
- Shinn, M., Rosario, M., March, H. y Chestnut, D. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 864-876.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organization. En C. L. Cooper y I. Robertson (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Silva, M. (1994). Intervenciones sobre el clima organizacional. En J. Peiró y J. Ramos (Eds.), *Intervención psicosocial en las organizaciones* (pp. 67-78). Barcelona: PPU.
- Singh, J., Goolsby, J. y Rhoads, G. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31, 558-569.

- Sirgy, M. J., Efraty, D., Siegel, P. y Lee, D. J. (2001). A new measure of Quality of Work Life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research*, 55 (3), 241-302.
- Smith, N., Birch, N. y Marchant, M. (1984). Stress, distress and burnout: A survey of public reference librarians. *Public Libraries*, 83.
- Smith, N., Bybee, H. y Raish, M. (1988). Burnout and the library administrator: Carrier or cure. *Journal of Library Administration*, 9 (2), 13-21.
- Smith, N. y Nelson, V. (1983a). Burnout: A survey of academic reference librarians. *College and Research Libraries*, 44 (3), 245-250.
- Smith, N. y Nelson, V. (1983b). Helping may be harmful: The implications of burnout for the especial librarian. *Special Librarian*, 74 (1), 14-19.
- Sobrequés, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M. y Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 31, 227-233.
- Sos, P., Sobrequés, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M. y cols. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12, 613-619.
- Soto, R. y Santamaría, M. I. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15 (3): 123-130.
- Starrin, B., Larsson, G. y Styborn, S. (1990). A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4 (2), 83-91.
- Steptoe, A. (1991). Psychological coping, individual differences and physiological stress responses. En C. L. Cooper y R. Payne (Eds.). *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 205-233). Nueva York: John Wiley&Sons.
- Storh, J. E. y Panzarella, R. (1996). Police stress: State-trait anxiety in relation to occupational and personal stressors. *Journal of Criminal Justice*, 24, 99-107.

- Sun, B. (1988). *Quality of working life programs: An empirical assessment of designs and outcomes*. UMI Dissertation on Services: University of Georgia.
- Sweet, M. (2003). Being a caring doctor may be bad for you. *British Medical Journal*, 326, 355-360
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Takakuwa, K. M., Ernst, A. A. y Weiss, S. J. (2002). Residents with disabilities: A national survey of directors of emergency medicine residency programs. *Southern Medical Journal*, 95, 436-441.
- Tarela, J. (2002). *La enfermedad de Tomás o cuando el médico se enferma*. Disponible en <http://www.cardiologiatransdisciplinaria.8m.com/cardiologia1.htm>.
- Thompson, M. S., Page, S. L. y Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Thorndike, E. L. (1935). *The psychology of wants, interests, and attitudes*. Nueva York: Appleton, Century.
- Tizón, J. L. (2004). ¿Profesionales "quemados", profesionales "desengañados" o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Atención Primaria*, 33 (6), 326-330.
- Tomás-Sábado, J., Sánchez, C., Maynegre, M., Porcel, V., Isidro, R. y Tor, A. (2011): Estructura factorial de la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) en enfermeras de Atención Primaria. *Psicología.com*, 15: 23.
- Topa-Cantisano, G., Fernández, I. y Palací, F. (2005). Identidad social, burnout y satisfacción laboral: estudio empírico basado en el modelo de la categorización del yo. *Revista de Psicología Social*, 21, 115-126.
- Topa-Cantisano, G. y Morales-Domínguez, J. F. (2007). Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 337-348.

- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in nursing and health*, 12, 179-186.
- Topf, M. y Dillon, E. (1988). Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses". *Heart and Lung*, 17 (5), 567-574.
- Toppinen-Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R. y Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*, 31 (1), 18-27.
- Turcotte, P. R. (1986). *Calidad de vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad*. México, D. F.: Trillas.
- Ulwelling, J. J. y Christensen, J. F. (2001). Northwest Centre for Physician Well-Being. *Western Journal of Medicine*, 174, 70-73.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B. y Sixma, H.J. (1994). Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13 (1), 86-100.
- Vanheule, S. y Verhaeghe, P. (2005). Professional burnout in the mirror. A qualitative study from a Lacanian perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 285-305.
- Van Servellen, G. y Leake, P. (1994). Emotional exhaustion and distress among nurses: how important are AIDS-care specific factors? *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 2 (5), 11-19.
- Varela, J. A. (2002). El Principio "Ne Bis In Idem". Especial referencia al ámbito social de la seguridad e higiene en el trabajo. *Relaciones laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, 1, 1461-1470.
- Varela, J. A. (2003). La respuesta jurídica en relación con la prevención de los riesgos laborales psicosociales. *Revista Galega de Dereito Social*, 2, 91-98.
- Varo, J. (1995). La calidad de la atención médica. *Medicina Clínica*, 104, 538-540.
- Vega, M.T. y Garrido, E. (1995). La adaptación psicosocial al contexto policial: La autoeficacia como moderador. En L. González, A. De La Torre y J. De Elena

- (Comps.), *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías*. Salamanca: Eudema.
- Wade, D. C., Cooley, E. y Savicki, V. (1986). A longitudinal study of burnout. *Children and Youth Services Review*, 8 (2), 161-173.
 - Walker, G. (1986). Burnout: From metaphor to ideology. *Canadian Journal of Sociology*, 11 (1), 35-43.
 - Wallace, J. y Brinkerhoff, M. (1991). The measurement of burnout revisited. *Journal of Social Service Research*, 14 (1-2), 85-111.
 - Wallace, M., Levens, M. y Singer, G. (1988). Blue Collar Stress. En C. L. Cooper y R. Payne (Eds.), *Causes Coping and Consequences of Stress at Work* (pp. 53-76). Chichester: John Wiley & Sons.
 - Walton, R. E. (1973). Conciliación de conflictos interpersonales. México: Fondo Educativo Interamericano.
 - Walton, R. E. (1979). Work innovations in the United States. *Harvard Business Review*, 57, 88-98.
 - Walton, R. E. (1980). Quality of work life activities: A research agenda. *Professional Psychology*, 11 (3), 484-493.
 - Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.
 - Whippen, D. y Canellos, G. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology. *Journal of Clinique Oncology*, 9, 1916-1920.
 - Williams, C. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing and Health*, 12 (3), 169-178.
 - Williams, E. S. y Skinner, A. C. (2003). Outcomes of physician job satisfaction: A narrative review, implications and directions for future research. *Health Care Management Review*, 28, 119-139.
 - Wilson, D. y Chiwakata, L. (1989). Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological Report*, 65 (1), 426.

- Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Washington DC: Hemisphere.
- Zabel, R. H. y Zabel, M. K. (1982). Factors in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 49 (3), 261-263.
- Zapf, D., Dormann, C. y Frese, M. (1996). Longitudinal Studies in organizational stress research: a review of a literature with reference to methodological issues. *Journal of occupational stress psychology*, 1 (2), 145-169.
- Zellars, L. K. y Perrewé, L. P. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 459-467.

ANEXOS

ANEXO I

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Año de nacimiento: _____	Sexo: ♦ Varón ♦ Mujer
Estado Civil: ♦ Soltero ♦ Casado ♦ Separado/divorciado ♦ Viudo ♦ Otros ♦ Sin contestar	Tiempo Trabajado (años): ♦ En el INSALUD: _____ ♦ En el Área 11: _____ ♦ En la misma plaza: _____
Número de hijos: _____	¿Has estado de baja laboral en los últimos 6 meses? ♦ No ♦ Si
Categoría Profesional: ♦ Médico de Familia ♦ Enfermero ♦ Pediatra ♦ Aux. Enfermería ♦ Aux. Administrativo ♦ Trabajador Social ♦ Odontólogo	Presión Asistencial Media: ♦ ≤ 25 pac./día ♦ 26-35 pac./día ♦ 36-45 pac./día ♦ 46-55 pac./día ♦ > 55 pac./día
Situación Laboral: ♦ Interino ♦ Propietario ♦ Otras	Turno de Trabajo: ♦ Mañana ♦ Tarde ♦ Otros
Desempeño de Cargo Directivo: ♦ En la actualidad ♦ En el pasado ♦ Nunca	Modelo de Trabajo: ♦ Equipo A.P. ♦ C.U.P.O. ♦ Unidad de Apoyo
Características del Centro de Salud: ♦ Urbano ♦ Rural	¿Existe más de una unidad en el mismo Centro en el que trabajas? ♦ No ♦ Si
Número total de trabajadores de tu equipo/unidad: _____	

ANEXO II

Carta a los sujetos seleccionados en la Fase II para cumplimentar el MCMI-II

Estudio de Investigación

SINDROME DE BURNOUT

Estimad@ compañer@:

Puesto que entendemos que el desgaste profesional es un factor que genera malestar o sufrimiento y disminuye la calidad de vida de las personas, nos hemos planteado cómo influyen nuestros rasgos de personalidad tanto en el origen y mantenimiento del síndrome de burnout como en la efectividad de las técnicas de control del estrés.

Por tanto, es necesario cumplimentar el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). El sobre que le entregamos contiene:

- MCMI-II. Cuadernillo de preguntas;
- Hoja de Respuestas; y
- Un sobre con nuestro remite para que NOS REENVIE SOLO LA HOJA DE RESPUESTAS mediante correo interno.

Le solicitamos que nos facilite un número de teléfono personal, debido a que, en ocasiones, es muy difícil localizarles en su centro de trabajo. Nos resultaría muy útil poder establecer un contacto directo para informarle, por ejemplo, de las fechas de las siguientes sesiones de refuerzo.

Muchas gracias por su colaboración.

Unidad de Investigación. Área 11
Vanessa Lara López Agrelo. Tlfn: 91 798 81 00

